

**LIQDS**

Laboratório de Inovação, Inteligência e  
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

# JUDICIALIZAÇÃO E SOCIEDADE

Ações para acesso à saúde  
pública de qualidade



**CNU** CONSELHO  
NACIONAL  
DE JUSTIÇA

**Presidente**

Ministro Luiz Fux

**Corregedora Nacional de Justiça**

Ministra Maria Thereza Rocha de Assis Moura

**Conselheiros**

Ministro Emmanoel Pereira  
Luiz Fernando Tomasi Keppen  
Mário Augusto Figueiredo de Lacerda Guerreiro  
Rubens de Mendonça Canuto Neto  
Candice Lavocat Galvão Jobim  
Tânia Regina Silva Reckziegel  
Flávia Moreira Guimarães Pessoa  
Ivana Farina Navarrete Pena  
André Luis Guimarães Godinho  
Marcos Vinícius Jardim Rodrigues  
Maria Tereza Uille Gomes  
Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho

**Secretário-Geral**

Valter Shuenquener de Araujo

**Secretário Especial de Programas**

Marcus Livio Gomes

**Diretor-Geral**

Johanness Eck

**SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL****Secretária de Comunicação Social**

Juliana Mendes Gonzaga Neiva

**Chefe da Seção de Comunicação Institucional**

Rejane Neves

**Projeto gráfico**

Eron Castro

**Revisão**

Carmem Menezes

2021

**CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**

SAF SUL Quadra 2 Lotes 5/6

CEP: 70070-600

Endereço eletrônico: [www.cnj.jus.br](http://www.cnj.jus.br)

# JUDICIALIZAÇÃO E SOCIEDADE

Ações para acesso à saúde  
pública de qualidade

#### COMITÊ ORGANIZADOR DO FÓRUM NACIONAL DA SAÚDE DO PODER JUDICIÁRIO

**Candice Lavocat Galvão**, Conselheira do Conselho Nacional de Justiça;  
**Valter Shuenquener de Araújo**, Secretário-Geral do Conselho Nacional de Justiça;  
**Sandra Krieger Gonçalves**, Conselheira do Conselho Nacional do Ministério Público;  
**João Pedro Gebran Neto**, Desembargador do Tribunal Regional Federal da 4ª Região;  
**Mário Augusto Albiani Alves Júnior**, Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia;  
**Arnaldo Hossepian Salles Lima Júnior**, Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo;  
**Aline Mancino da Luz Caixeta**, Procuradora da República no Rio de Janeiro;  
**Clênio Jair Schulze**, Juiz Federal do Tribunal Regional Federal da 4ª Região;  
**Milene de Carvalho Henrique**, Juíza de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins;  
**Daniel de Macedo Alves Pereira**, Defensor Público Federal;  
**Ramiro Nóbrega Sant'Ana**, Defensor Público da Defensoria Pública do Distrito Federal;  
**Maria Inez Pordeus Gadelha**, Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;  
**Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);  
**Meiruze Souza Freitas**, Quarta Diretora Substituta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);  
**Leonardo Moura Vilela** e **Alethele de Oliveira Santos**, Assessores Jurídicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);  
**Fernanda Vargas Terrazas**, Assessora Jurídica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);  
**Giovanni Guido Cerri**, médico, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;  
**Ludhmila Abrahão Hajjar**, médica, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Coordenadora da UTI-COVID-HC;  
**Clarice Alegre Petramale**, médica, Assessora Especial do Conselho Federal de Medicina; e  
**Arthur Pinto Filho**, Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo.

#### DEPARTAMENTO DE PESQUISAS JUDICIÁRIAS

##### Juizas Coordenadoras

Ana Lúcia Andrade de Aguiar  
Livia Cristina Marques Peres

##### Diretora Executiva

Gabriela Moreira de Azevedo Soares

##### Diretor de Projetos

Wilfredo Enrique Pires Pacheco

##### Diretor Técnico

Antônio Augusto Silva Martins

##### Pesquisadores

Danielly Queirós  
Elisa Colares  
Igor Stemler  
Isabely Mota

##### Estatísticos

Filipe Pereira  
Davi Borges  
Jaqueline Barbão

##### Apoio à Pesquisa

Alexander Monteiro  
Cristianna Bittencourt  
Pedro Amorim  
Ricardo Marques  
Thatiane Rosa

##### Equipe responsável pelo estudo

Paulo José Pereira (coord.)  
Andreia de Oliveira Macedo  
Bruna Braz Cavalcante Marques Ramalho  
Marvin Cáceres Edwards  
Rafaela Soares Bueno  
Ricardo Barros Sampaio

C755j

Conselho Nacional de Justiça.  
Judicialização e saúde : ações para acesso à saúde pública de qualidade / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021.

164 p: il. color. (Diagnósticos para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável)  
ISBN: 978-65-5972-013-2

1. Poder Judiciário, diagnóstico I. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) II. Título III. Série

CDD: 340

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
<b>4. RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
4.1 ASSUNTOS JUDICIALIZADOS E A NECESSIDADE DE MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	31
4.2 CAPACIDADE INTERNA PARA TRABALHAR DEMANDAS DE SAÚDE/JUDICIAIS .....	47
4.3 INSTRUMENTOS LOCAIS PARA O CONTROLE DE SOLICITAÇÕES .....	55
4.4 O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO .....	68
4.5 INTERLOCUÇÃO ADMINISTRATIVA PRÉ E PÓS-PROCESSUAL .....	74
4.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E COBERTURA VACINAL .....	79
4.7 A ATUAÇÃO DO JUDICIÁRIO EM DEMANDAS DE SAÚDE E A ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA DAS DEMANDAS JUDICIALIZADAS DE SAÚDE .....	98
4.8 AÇÕES EM VIRTUDE DA COVID-19 .....	108
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>121</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>125</b>
A - Estudos Empíricos produzidos entre os anos de 2010 e 2019 .....	125
B - Questionários .....	131
C – Quadros e Tabelas Complementares .....	153
D - Nova TPU .....	160
E - Antiga TPU .....	161

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual dos Magistrados da Justiça Estadual integrantes da pesquisa .....	24	Gráfico 26 - Secretarias Estaduais – Existência de controle sob a ordem das filas nos serviços prestados à população, 2020 .....	65
Gráfico 2 - Percentual dos Magistrados da Justiça Federal integrantes da pesquisa .....	24	Gráfico 27 - Secretarias Municipais – Existência de controle de datas de solicitação e execução de consulta com especialista, cirurgia programada e tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos, 2020 .....	66
Gráfico 3 - Quantitativo dos municípios integrantes das Secretarias Municipais de Saúde em estudo e quantidade efetiva de respondentes .....	25	Gráfico 28 - Secretarias Estaduais – Existência de controle de datas de solicitação e execução de consulta com especialista, cirurgia programada e tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos, 2020 .....	67
Gráfico 4 - Quantidade de casos novos dos principais assuntos judicializados entre 2015 e 2020 – TPU antiga .....	31	Gráfico 29 - Quantidade de casos novos sobre Tratamento Médico-hospitalar ingressados entre 2015 e 2020 por Segmento de Justiça .....	69
Gráfico 5 - Quantidade de profissionais da rede SUS por Unidade da Federação .....	44	Gráfico 30 - Quantidade de casos novos sobre Tratamento Médico-hospitalar ingressados entre 2015 e 2020 segundo Grau de Jurisdição .....	70
Gráfico 6 - Comparativo anual do total de procedimentos ambulatoriais por UF .....	48	Gráfico 31 - Quantidade de casos novos sobre Tratamento Médico-hospitalar ingressados na Justiça Estadual entre 2015 e 2020 segundo Região .....	70
Gráfico 7 - Comparativo anual da Taxa SIA/População por UF .....	48	Gráfico 32 - Tempo médio de espera para a realização de consultas de determinadas especialidades nos municípios respondentes .....	72
Gráfico 8 - Comparativo de procedimentos ambulatoriais realizados sob incentivo do MS por UF .....	49	Gráfico 33 - Tempo médio de espera para a realização de procedimentos de determinadas especialidades nos municípios respondentes .....	73
Gráfico 9 - Percentual das Unidades de Pronto Atendimento e das Unidades de Pronto Atendimento que possuem incentivo do Ministério da Saúde por região e Unidade Federativa, 2019 e 2020 .....	52	Gráfico 34 - Existência de Câmara de Apoio Administrativo para demandas de saúde – Estados, Municípios e Tribunais - (%) .....	75
Gráfico 10 - Percentual de UPAs com serviço de Atendimento Domiciliar por região e Unidade Federativa, 2019 e 2020 .....	52	Gráfico 35 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre existência de ação institucional para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde .....	76
Gráfico 11 – Existência de gerência ou procurador para demandas judiciais de saúde por Secretaria de Saúde .....	53	Gráfico 36 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre a troca de experiências ser estimulada pelos próprios Magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da Saúde, sem apoio institucional formal .....	77
Gráfico 12 – Existência de gerência ou procurador para demandas judiciais de saúde nas Secretarias de Saúde Municipais por Região Geográfica .....	54	Gráfico 37 - Interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares (%) .....	78
Gráfico 13 - Secretarias Municipais – Existência de ato normativo para marcação de consultas e regulação de internações, 2020 .....	55	Gráfico 38 - Quantidade total de casos novos ingressados sobre medicamentos segundo o segmento da justiça, 2015 a 2020 .....	79
Gráfico 14 - Secretarias Estaduais – Existência de ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas no âmbito da Unidade da Federação, 2020 .....	56	Gráfico 39 – Quantidade de casos novos sobre medicamentos ingressados de acordo com o grau de jurisdição .....	80
Gráfico 15 - Secretarias Estaduais – Existência de ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar no âmbito da Unidade Federativa, 2020 .....	57	Gráfico 40 - Quantidade de casos novos sobre medicamentos ingressados na Justiça Estadual, segundo a região, entre 2015 e 2020 .....	81
Gráfico 16 - Existência de ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas no âmbito da entidade federativa, 2020 .....	58	Gráfico 41 - Unidade da Federação/município possui Relação Estadual ou Distrital de Medicamentos (%) .....	82
Gráfico 17 - Existência de ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar no âmbito da entidade federativa, 2020 .....	58	Gráfico 42 - Desabastecimento de medicamentos da lista (%) .....	84
Gráfico 18 - Comparativo da quantidade anual de AIH por Complexidade das Internações entre Janeiro/2019 e Outubro/2020 .....	59	Gráfico 43 - Principais causas identificadas para o desabastecimento de medicamentos (em %) .....	85
Gráfico 19 - Comparativo da quantidade mensal de AIH entre janeiro/2019 e outubro/2020 .....	60	Gráfico 44 - Quantidade de medicamentos que constam na relação de medicamentos Estadual, Distrital e Municipal (%) .....	86
Gráfico 20 - Comparativo da quantidade mensal de AIH de Alta Complexidade entre Janeiro/2019 e Outubro/2020 .....	61	Gráfico 45 - Ano de atualização da relação de medicamentos (%) .....	86
Gráfico 21 - Comparativo da quantidade mensal de AIH de Média Complexidade entre Janeiro/2019 e Outubro/2020 .....	61	Gráfico 46 - Componente de assistência farmacêutica fornecido(s) pelo município, 2020 .....	87
Gráfico 22 - Comparativo do percentual de AIH por UF em 2019 e 2020 .....	62	Gráfico 47 - Existência de Comissão de Farmácia Terapêutica – CFT – no município (%) .....	88
Gráfico 23 - Secretarias Municipais – Existência de sistema de consulta do quantitativo de demandas ajuizadas, 2020 .....	63	Gráfico 48 - Percentual total de cobertura de vacinal dos municípios de acordo com os estados brasileiros no ano de 2019 .....	89
Gráfico 24 - Secretarias Estaduais – Existência de sistema de consulta do quantitativo de demandas ajuizadas, 2020 .....	63		
Gráfico 25 - Secretarias Municipais – Existência de controle sob a ordem das filas nos serviços prestados à população, 2020 .....	64		

Gráfico 49 - Dificuldades para a cobertura vacinal nos municípios (%) .....	96
Gráfico 50 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, com a frase sobre demanda por medicamento e a consideração de procedência somente quando o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa .....	97
Gráfico 51 - Frequência com que as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes (%) .....	99
Gráfico 52 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre as decisões serem tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de Saúde .....	100
Gráfico 53 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre as partes não trazerem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto .....	101
Gráfico 54 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre a maior parte dos processos não apresentarem ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário .....	102
Gráfico 55 - Boxplot do tempo médio (em meses) da fase de conhecimento dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Estadual segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020 .....	103

Gráfico 56 - Boxplot do tempo médio (em meses) da fase de conhecimento dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Federal segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020 .....	104
Gráfico 57 - Boxplot do tempo médio (em meses) da análise de liminares dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Estadual segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020 .....	105
Gráfico 58 - Boxplot do tempo médio (em meses) da análise de liminares dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Federal segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020 .....	106
Gráfico 59 - Parte orçamentária estadual e municipal de 2019 destinada à resolução de demandas judicializadas .....	107
Gráfico 60 - Estabelecimento de Câmara de Apoio Administrativo em virtude do Coronavírus – Estados, Municípios e Tribunais (%) ..	109
Gráfico 61 - Secretarias Municipais: Principais alterações sofridas no Sistema de Saúde em decorrência da situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus, 2020 .....	112
Gráfico 62 - Secretarias Estaduais: Principais alterações sofridas no Sistema de Saúde em decorrência da situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus, 2020 .....	113
Gráfico 63 - Secretarias Municipais: Principais demandas judiciais recebidas desde que se viu deflagrada a situação de emergência pública decorrente do novo Coronavírus, 2020 .....	114

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de casos novos de saúde ingressados entre 2015 e 2020 por tipo de tribunal .....	27
Tabela 2 - Número de casos novos ingressados por Tribunais de Justiça entre 2015 e 2020 .....	29
Tabela 3 - Quantidade de casos novos segundo Região geográfica dos Tribunais de Justiça entre 2015 e 2020 .....	30
Tabela 4 - Quantidade de casos novos segundo Tribunais Regionais Federais entre 2015 e 2020 .....	30
Tabela 5 - Percentual de Processos com e sem concessão de liminar por grupo de assuntos .....	32
Tabela 6 - Percentual de deferimentos em relação aos casos novos e processos julgados .....	33
Tabela 7 - As cinco especialidades médicas mais judicializadas segundo os municípios e estados .....	34
Tabela 8 - Quantitativo dos principais profissionais de Atendimento à Saúde e Não Atendimento à Saúde do Sistema Único de Saúde, 2019 e 2020 .....	43
Tabela 9 - Taxa de Profissionais de Atendimento à Saúde mais frequentes por mil habitantes por Unidade da Federação .....	46
Tabela 10 - Comparação das sete cidades com maior quantidade total SIA, percentual de incentivo do Ministério da Saúde para realização dos procedimentos e taxa SIA/População em 2019 e 2020 .....	50
Tabela 11 - Tempo médio para a realização de consultas em determinadas especialidades nos Estados respondentes (em valor absoluto e %) .....	71

Tabela 12 - Tempo médio de espera para a realização de procedimentos médicos de determinadas especialidades nos Estados respondentes .....	73
Tabela 13 - Percentual de municípios que possuem relação municipal de medicamentos, segundo Região Geográfica (2020) ..	83
Tabela 14 - Percentual de municípios com desabastecimento da relação de medicamentos, segundo região do Brasil (2020) .....	84
Tabela 15 - Medidas descritivas dos percentuais totais de cobertura nas cinco regiões brasileiras no ano de 2019 .....	90
Tabela 16 - Tipo de ato administrativo para formalização desta interlocução em virtude do novo Coronavírus, segundo os Tribunais (valores absolutos e %) .....	109
Tabela 17 - Prevalência de instituições participantes da interlocução interinstitucional em virtude do novo Coronavírus, segundo os Tribunais (valor absoluto e %) .....	110
Tabela 18 - Percentual das secretarias municipais interessadas na formalização de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional, específica para demandas decorrentes do contexto pandêmico, segundo Região do Brasil (2020) .....	111
Tabela 19 - Avaliação geral das afirmações apresentadas na opinião dos magistrados, 2020 .....	156
Tabela 20 - Avaliação das afirmações apresentadas na perspectiva Justiça Estadual .....	157
Tabela 21 - Avaliação das afirmações apresentadas na perspectiva Justiça Federal .....	158

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Produções acadêmicas sobre judicialização da saúde, com uso de abordagem quantitativa, publicadas entre 2010 e 2020 .....	125
Quadro 2 - Agrupamento para o estado do Acre .....	153
Quadro 3 - Agrupamento para o estado do Amapá .....	153

Quadro 4 - Agrupamento para o estado de Roraima .....	153
Quadro 5 - Agrupamento para o estado do Rio de Janeiro .....	154
Quadro 6 - Agrupamento para o estado do Maranhão .....	155
Quadro 7 - Agrupamento para o estado do Pará .....	156

## LISTA DE SIGLAS

<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar	<b>RENAME</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>APAC</b>	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade	<b>RENASES</b>	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
<b>ARP</b>	Ata de Registro de Preços	<b>S-CODES</b>	Sistema de Informações sobre Ações Judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
<b>BCG</b>	Bacilo Calmette-Guérin	<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>BPA</b>	Boletim de Produção Ambulatorial	<b>SIA</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais
<b>CF/88</b>	Constituição Federal do Brasil de 1988	<b>SIH</b>	Sistema de Informações Hospitalares
<b>CFT</b>	Comissão de Farmácia Terapêutica	<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional de Justiça	<b>TJAC</b>	Tribunal de Justiça do Acre
<b>CNM</b>	Confederação Nacional de Municípios	<b>TJAL</b>	Tribunal de Justiça de Alagoas
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde	<b>TJCE</b>	Tribunal de Justiça do Ceará
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde	<b>TJDFT</b>	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde	<b>TJES</b>	Tribunal de Justiça do Espírito Santo
<b>DataJud</b>	Base Nacional de Dados do Poder Judiciário	<b>TJMA</b>	Tribunal de Justiça do Maranhão
<b>DTP</b>	Tríplice Bacteriana	<b>TJMG</b>	Tribunal de Justiça e Minas Gerais
<b>dTpa</b>	Tríplice Bacteriana acelular	<b>TJMS</b>	Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul
<b>ESF</b>	Programa Estratégia de Saúde da Família	<b>TJPE</b>	Tribunal de Justiça de Pernambuco
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	<b>TJPI</b>	Tribunal de Justiça do Piauí
<b>INSPER</b>	Instituto de Ensino e Pesquisa	<b>TPU</b>	Tabela Processual Unificada
<b>LAI</b>	Lei de Acesso à Informação	<b>TRF1</b>	Tribunal Regional Federal da 1ª Região
<b>LIODS</b>	Laboratório de Inovação, Inteligência e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	<b>TRF3</b>	Tribunal Regional Federal da 3ª Região
<b>MS</b>	Ministério da Saúde	<b>TRF4</b>	Tribunal Regional Federal da 4ª Região
<b>NATJUS</b>	Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário	<b>TJRJ</b>	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
<b>NATS</b>	Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde	<b>TJRN</b>	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	<b>TJRO</b>	Tribunal de Justiça de Rondônia
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde	<b>TJRS</b>	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas	<b>TJSC</b>	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento	<b>TJSP</b>	Tribunal de Justiça de São Paulo
<b>RE</b>	Recurso Extraordinário	<b>UCI</b>	Unidade de Cuidados Intensivos
<b>REGIC</b>	Pesquisa “Regiões de Influência das Cidades” do Instituto de Geografia e Estatísticas	<b>UF</b>	Unidade da Federação
<b>REMUME</b>	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais	<b>UPAs</b>	Unidades de Pronto Atendimento
		<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva



# 1. INTRODUÇÃO

O debate em torno dos direitos relativos à saúde deve ter como primeiro paradigma a Constituição Federal de 1988. A Carta Constitucional é marco decisivo e importante no reconhecimento do direito à saúde. Ela difere das Constituições antecessoras, uma vez que tratou, separadamente, em capítulo próprio, do direito à saúde, dando ao tema uma relevância e compromisso até então inéditos por parte do Estado brasileiro.

De tal modo, este direito foi discriminado e tratado nos art. 196 a 200, na Seção II, da Saúde, além de estar também englobado no Art. 6º ao ser tratado como um direito social ao lado de outros como “a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância”:

**Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Em seus quatro artigos que versam exclusivamente sobre a saúde, a Constituição não tratou de delimitar o tema sobre o que é a saúde em si, e nem sobre o que abrange o direito à saúde, deixando assim o tema aberto à interpretação extensiva, decisão extremamente lógica, uma vez que as questões relativas à saúde têm passado por diversas transformações.

Assim, a fim de determinar o que se compreende por saúde, busca-se a adoção de um conceito amplo e integrativo, podendo ser descrita como:

“(...) um conceito histórico, político e social construído principalmente por médicos. O aspecto jurídico desse conceito expresso especialmente na Constituição Federal de 1988 é resultado dessa construção histórica, política e social, bem como da trajetória da Medicina como profissão legalmente instituída para definir o que é saúde, o que é doença e o que é tratamento prescrito para uma doença” (CARLINI, 2018, n.p).

De tal modo, também podemos considerar a saúde como “sobretudo uma questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico independente do nosso *status* social e individual” (VENTURA et al, 2010, p. 81.).

É também a partir da Constituição de 1988 que o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado com objetivo de universalização da prestação dos serviços de saúde. Além da Constituição, o SUS é estruturado a partir de outras duas leis, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. No § 1º do art. 1º desta última está disposto o que se segue:

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990b).

Ademais, é do art. 198 da Constituição que podem ser extraídas as diretrizes<sup>1</sup> que regerão todo o funcionamento do SUS: descentralização, atendimento integral ou universalidade de prestação e participação da comunidade.

Dessa forma, o direito à saúde encontrado na Constituição Federal trata-se de um direito universal e integrativo a toda a população de forma que “seu exercício passa a depender das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício” (FLEURY, 2012. p. 159).

Contudo, percebe-se, ao longo dos últimos anos, que a simples inserção da saúde no rol dos direitos fundamentais constitucionais não foi suficiente para dar concretude a este direito. Assim, conforme Oliveira et al. (2019), cabe ao Estado e seus gestores o empenho constante para expandir cada vez mais a prestação do serviço público de saúde de maneira a alcançar todos os cidadãos em suas carências.

Nesse contexto, ao Poder Judiciário é dada relativa importância para a preservação dos direitos fundamentais à vida e à saúde. Por conseguinte, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) vem implementando diversas iniciativas para aperfeiçoar a prestação jurisdicional nas demandas por acesso à saúde, dentre elas, destaca-se a criação do Fórum de Saúde, criado por meio da Resolução nº 107.

O Fórum Nacional de Saúde do CNJ é responsável pelo monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos. Dentre suas iniciativas, deve-se destacar aquelas de caráter voltado ao aperfeiçoamento da prestação jurisdicional nas demandas por acesso à saúde, notadamente com organização institucional de assistência técnico-científica aos magistrados. A criação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJUS) tem essa finalidade, ou seja, colaborar com os magistrados com informações técnicas sobre as questões que envolvem a saúde.

Sob essa perspectiva a atual composição do Comitê Executivo Nacional do Fórum de Saúde estabeleceu o Plano Nacional para o Poder Judiciário, chamado “Judicialização e Sociedade:

---

<sup>1</sup> Existe uma grande discussão sobre o termo princípios do SUS, uma vez que no art. 198 da Constituição Federal de 1988, o termo escolhido pelo constituinte foi “diretrizes”, entretanto é comum a doutrina sobre o tema adotar a classificação “princípios do SUS”.

ações para acesso à saúde pública de qualidade”. O Plano consiste em fazer levantamento de informações, por meio do presente relatório, do cenário da judicialização da saúde para então apontar os principais desafios para a adoção de ações concretas que impactem positivamente na gestão da saúde pública, notadamente em seus níveis de atenção primária e secundária. Com base nas informações aqui apresentadas, os Comitês Estaduais elaborarão suas propostas para solução dos conflitos mais recorrentes, visando contribuir no aperfeiçoamento do acesso universal à saúde da população local.

Tais iniciativas estão em acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela ONU. Dentre eles há o Objetivo 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” e o Objetivo 16: “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”.

O Conselho Nacional de Justiça, comprometido com efetivação dos direitos humanos e promoção do desenvolvimento, criou assim o Laboratório de Inovação, Inteligência e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do CNJ (LiODS), programa que une o conhecimento institucional, a inovação e a cooperação com o objetivo de se alcançar a paz, a justiça e a eficiência institucional. É por meio deste Laboratório, estabelecido em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que o presente estudo foi elaborado.

Ao avançar em iniciativas para melhoria da qualidade dos serviços básicos e especializados de saúde, o Poder Judiciário contribuirá para prevenção de novas demandas judiciais por acesso à saúde, atuando, em última análise, para a preservação dos direitos fundamentais à vida e à saúde.

Por isso, é importante que o Poder Judiciário monitore as demandas de saúde destinadas ao atendimento de serviços previstos nas políticas públicas de saúde, sobretudo da atenção primária e secundária<sup>2</sup>, bem como desenvolver planos de ação que possibilitem reduzir os milhares de processos em tramitação. Segundo o relatório “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil de demandas, causas e propostas de solução”, elaborado no ano de 2018 pelo CNJ, houve um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde entre os anos de 2008 e 2017. Esse crescimento, conforme relatórios do “Justiça em Números”, publicados no mesmo período, é muito superior aos 50% de crescimento do número total de processos de primeira instância.

---

<sup>2</sup> A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. (Conferir: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>)

O estudo, que ora se apresentará, busca apresentar informações sobre os desafios de atendimento às demandas por saúde pela população que acaba por recorrer ao Poder Judiciário de modo a subsidiar de dados quantitativos e qualitativos o Plano Nacional para o Poder Judiciário, intitulado: “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade”.

Para tanto, este estudo conta com o levantamento de informações importantes fornecidas pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, cobertura vacinal, número de profissionais de saúde e quantidade de internações, entre os anos de 2019 e 2020, por meio do Sistema de Internações Hospitalares (SIH), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Além dos dados do Ministério da Saúde foi realizada uma pesquisa, por meio da aplicação de questionários junto a secretarias de saúde estaduais e municipais e Tribunais de Justiça a respeito dos motivos para a alta demanda de processos e entender como gestores públicos de saúde e o Poder Judiciário interagem para atingir o melhor interesse da sociedade em relação aos serviços de saúde. Será possível ainda, com vista à uma discussão adequada sobre a judicialização de saúde no Brasil, encontrar informações sobre processos judiciais relativos às demandas de saúde entre os anos de 2015 e 2020, extraídos da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

As informações encontradas sobre dados processuais, fatores que impactam na demanda processual e na tramitação das ações judiciais, a forma de funcionamento, estrutura e gestão de estados, Distrito Federal e municípios são de extrema importância para auxiliar os órgãos gestores na execução das políticas públicas para a atenção básica e especializada à saúde e assim realizar medidas que evitem a intervenção judicial na saúde.

Além dessa introdução, o presente estudo conta com mais quatro capítulos. Um capítulo que aborda o referencial teórico acerca da judicialização da saúde. Na sequência são apresentados aspectos metodológicos sobre obtenção de todos os dados utilizados na fase analítica. A análise quantitativa dos dados, complementada com uma rica análise qualitativa, se encontra no capítulo 4. Por fim, o último capítulo agrega todas as informações apresentadas e discutidas no relatório. No anexo, podem ser encontrados os questionários utilizados para o levantamento de informações com gestores públicos, Magistrados e servidores do Poder Judiciário, além de tabelas, quadros e gráficos adicionais à análise quantitativa.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Por judicialização da saúde, entende-se o fenômeno crescente dos números de demandantes que pleiteiam questões relativas à saúde junto ao Judiciário. Alguns aspectos importantes devem ser considerados para se ter em mente como este fenômeno surge. A saúde é um direito constitucional. Portanto, é fundamental, para qualquer análise que se faça sobre tal tema, salientar que o eixo central da discussão não se dá na legitimidade de um direito, mas em mecanismos que assegurem este sem a necessidade de o Judiciário intervir, ou seja, na garantia do direito à saúde por aqueles a quem compete.

Assim, a preocupação que a judicialização da saúde tem causado nos gestores dos distintos poderes não está ligada ao fato de um direito legítimo ser judicializado, mas com o ônus de tal fenômeno na própria estrutura judicial e, além disso, nos custos para a máquina administrativa dos executivos nacionais e subnacionais.

Os olhos dos administradores e dos coordenadores do poder Judiciário tem se voltado para a questão em decorrência do aumento exponencial de demandas recebidas por parte do Judiciário e seu alto custo envolvido, não apenas na condução dos processos judiciais, mas também no cumprimento de decisões que, por vezes, não estão previstas em orçamento por parte dos gestores do Executivo.

Dessa forma, o tema se tornou um ponto de preocupação para o CNJ, que passou a organizar as Jornadas de Direito da Saúde, que:

*“buscaram entre outras medidas, distanciar-se tanto de perfil burocrático que vislumbresse rol exauriente de procedimentos quanto de humanismo ingênuo que ignore que a saúde não tem preço, mas tem custos.” (DA SILVA & SCHULSMAN 2017. p. 292).*

Na CF/88 a responsabilização com a saúde segue um critério de responsabilidade conjunta entre as três esferas do Executivo – municipal, estadual e federal –, a partir da diretriz de descentralização que rege o SUS.

A discussão não se dá na prestação ou não do direito à saúde, pois, nesse sentido, não há como contestar um direito amplamente amparado na constituição que está descrito no art. 196 da CF/88. Não há dúvida de que é uma obrigação estatal a prestação dos serviços necessários à manutenção do direito à saúde. Contudo, é importante buscar meios para que este direito seja garantido sem que se ponha em risco qualquer forma de organização do executivo.

O rol de demandas envolvendo a prestação à saúde vai, desde a aquisição de medicamentos (estejam estes ou não no rol de medicamentos do SUS), até a prestação de serviços hospitalares,

tais como: internações, disponibilidade de leitos, cirurgias, aquisição de bens relacionados a tratamentos contínuos, como o uso de fraldas ou cadeiras de roda.

Diante da relevância do tema da judicialização da saúde, seja em termos de reconhecimento de direitos por parte dos brasileiros, seja pelo incremento de demandas e encargos decorrentes dessa visibilidade sobre os prestadores de serviços, órgãos judiciários e instituições públicas, o tema tem sido objeto de análises e estudos crescentes desde os anos 2000, sobretudo no campo da saúde coletiva, do direito e das ciências sociais.

Sendo assim, são muitas as publicações e produções divulgadas desde então. Para acesso a um rol sobre algumas dessas produções, conferir tabela disponibilizada no Anexo “A” deste documento.

Ao analisar o cenário de produções locais sobre judicialização da saúde, bem como os debates produzidos acerca das contradições e desafios apresentados pelo excedente de demandas individuais e decisões majoritariamente favoráveis a elas, constatados na maioria das pesquisas, Vieira (2020) aponta como risco a possibilidade de reprodução das desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde. A despeito da relevância da atuação da justiça como instância de garantia de acesso aos avanços tecnológicos nos tratamentos, é também imprescindível que isso ocorra em observância aos requisitos de universalidade definidos pelas políticas públicas. Nesse sentido, a autora ressalta a importância do Judiciário como instância de promoção de uma “macrojustiça”, sob a qual as estruturas do Estado seriam incitadas a assegurar a efetividade do direito universal e igualitário à saúde:

“Assim, o Judiciário catalisaria os resultados de sua atuação, constituindo-se em importante canal de ampliação da cidadania, e agiria para impedir lesão ou ameaça ao direito de qualquer indivíduo de ter a sua necessidade de saúde atendida por meio da oferta de bens e serviços de saúde previstos em política pública, como determina o art. 196 da CF/1988. (VIEIRA, 2020, p. 57)

Oliveira et al. (2015) analisaram o teor das pesquisas sobre judicialização da saúde – com observância aos assuntos mais judicializados – produzidas entre os anos de 2009 e 2013 e disponíveis nas plataformas de conteúdo *Biblioteca Virtual em Saúde* e da *Scientific Electronic Library Online*. A partir das principais conclusões dessas pesquisas, que somaram, ao todo, vinte publicações para os anos de referência, concluem que:

“A produção revela que a hipossuficiência econômica e o estado de urgência são as principais causas dos pedidos. Observou-se que o expressivo número de pesquisas sobre a judicialização na saúde ocorreu para avaliar o acesso a medicamentos, sejam os que constam em lista pública do sistema de saúde, os que ainda não constam, por serem de alto custo, e os que ainda se encontram em testes”. (OLIVEIRA et al., 2015, p. 10)

Bittencourt (2016) traz em seu estudo um compilado de conclusões sobre a judicialização da saúde a partir da produção acadêmica, disponível na internet e de livre acesso, referente aos anos de 2010 a 2014. Analisou, dessa forma, as conclusões de 35 produções, sendo que mais da metade delas (53%) versavam sobre o acesso aos medicamentos via decisão judicial (assistência farmacêutica). Aponta, nas suas conclusões, a existência de duas correntes de reflexão acerca do incremento das judicializações nas últimas décadas, configurando um cenário de polarização dos debates acadêmicos sobre o tema: os que defendem a judicialização da saúde como um mecanismo de ampliação da cidadania e da democracia e aqueles que a consideram um vetor de reprodução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Costa, Silva & Ogata também abordam as polarizações nos debates sobre o tema, refletidas na maior parte dos estudos e pesquisas referenciadas em seu texto, os quais totalizaram 21 artigos de divulgação científica publicados entre anos de 2014 e 2019. Se, de um lado, as judicializações no campo da saúde podem corrigir distorções na distribuição de bens e serviços de saúde pública e induzir reformulações nas políticas, por outro, promove um impacto inesperado sobre as previsões orçamentárias do setor público, mobilizando uma crescente necessidade de alocação de recursos pelos entes federados.

As autoras mencionam, como resultados predominantes dos estudos, um alto excedente de demandas judiciais voltadas à aquisição de medicamentos de alto custo não previstos nas listas oficiais de fármacos do SUS e suas implicações. Entretanto, uma parte considerável das demandas por medicamentos – entre 25% e 30% do total de fármacos demandados judicialmente – diz respeito àqueles já previstos nas listas oficiais do SUS.

Diante dessas e de outros achados de pesquisa, as autoras sugerem, como medidas prioritárias para redução gradual nas demandas por judicialização da saúde, a criação de comitês estaduais e municipais especializados e a consolidação de estratégias de mediação sanitária, bem como a instrumentalização, no âmbito das decisões judiciais, do princípio da “reserva do possível”, subdividida em reserva técnica e financeira:

“Reserva técnica refere-se ao âmbito de análise crítica e viabilidade das ações – como, por exemplo, a falta de comprovação científica de um medicamento requerido –, demonstra uma questionável possibilidade técnica e por isso deve inviabilizar tal solicitação. Já a reserva financeira se estende à compreensão da disponibilidade dos recursos e como estes devem ser gerenciados a fim de viabilizarem as políticas públicas e a organização do serviço de saúde. Em termos práticos, se o dinheiro é insuficiente para arcar com os planejamentos previstos e lidar com as demandas judiciais, automaticamente o contexto exige sua limitação, uma vez que o direito a saúde, que é coletivo, deve ser resguardado” (COSTA, SILVA & OGATA; 2020, p. 158).

Entre os estudos elencados na última década, o único que abrangeu uma perspectiva nacional foi a pesquisa “Judicialização da saúde no Brasil”. Desenvolvida pelo Instituto de Ensino e Pesquisa – INSPER –, de São Paulo, em atendimento a uma demanda do Conselho Nacional de Justiça, mediante Edital de seleção pública, o levantamento buscou, por meio de uma abordagem de triangulação metodológica e representatividade nacional das fontes de informações e dados utilizados, identificar as demandas e compreender as decisões judiciais no que se refere a esse campo de estudos.

A descrição dos resultados dessa pesquisa busca sistematizar algumas das reflexões apresentadas em seu relatório de divulgação. Sendo assim, será possível evidenciar alguns dos resultados já apresentados em pesquisas locais, bem como problematizar alguns dos achados e reflexões recentes sobre esse objeto de estudo, contextualizando essa agenda e apontando possibilidades de avanço para pesquisas futuras.

As formas de coleta e produção de dados e informações adotadas na pesquisa realizada pelo INSPER foram as seguintes:

- 1.** Coleta e análise de dados de gestão processual – partes envolvidas, tipo de ação judicial, data de distribuição, localização do processo, último andamento (data e conteúdo), origem (comarca/vara) do processo, etc. – dos processos indexados como demandas de saúde. Tais dados foram obtidos mediante a Lei de Acesso à Informação (LAI), para os anos de 2008 a 2017, sendo que o universo de respostas passíveis de inclusão na base, totalizando 776.126 processos em primeira e segunda instâncias, abrangeu os seguintes tribunais: TRFs 3 e 4, TJAC, TJAL, TJCE, TJDFT (apenas 1º instância), TJES, TJMA, TJMG, TJMS, TJPE, TJPI, TJRJ (apenas 1ª instância), TJRN, TJRO, TJSC, TJSP (apenas 1ª instância).
- 2.** Mineração de dados, por meio de programas computacionais em 24 unidades da Federação, excetuados Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, e dois tribunais federais. Para tanto, foram adotadas duas fontes de dados: repositórios de jurisprudência – acórdãos e sentenças – e Diários Oficiais da Justiça. Para a primeira fonte, foram considerados os acórdãos de segunda instância, de diversos tribunais, e sentenças de primeira instância, referentes somente ao estado de São Paulo.
- 3.** Aplicação de entrevistas semiestruturadas com gestores estaduais e operadores do sistema de justiça e análise de documentos oficiais em cinco unidades da Federação, uma por região brasileira: Pará, Bahia, Distrito Federal, São Paulo e Rio Grande do Sul.

As principais constatações decorrentes da sistematização da base referente aos dados de gestão processual dos tribunais foram as seguintes:



- > O incremento de 130% no número de demandas de direito à saúde em primeira instância para os anos de referência (2008 a 2017) e de 85% para o de segunda instância (2009 a 2017). Ambos resultados extrapolam as curvas de crescimento obtidas por meio da comparação com os números registrados pelo Conselho Nacional de Justiça (respectivamente de 50% e 40%, segundo os dados obtidos e sistematizados via relatórios do “Justiça em Números”).
- > A heterogeneidade regional dos assuntos de litígio evidenciados nos processos referentes aos direitos de saúde. Os autores ressaltam a importância de novas pesquisas comparativas para a melhor compreensão das singularidades regionais em relação aos temas de maior litígio nesse campo de estudos. Em termos gerais, considerando-se todos os dados agregados, os principais assuntos demandados nos tribunais de primeira e segunda instância foram “planos de saúde” e “seguro”, sendo estes mais recorrentes em pleitos de primeira instância.
- > Sobre a predominância dos polos passivo e ativo nos dados de gestão processual analisados, novamente os pesquisadores ressaltam a importância de compreensão das singularidades regionais constatadas, sobretudo no que se refere ao tema de saúde suplementar ou da participação da iniciativa privada na oferta dos bens de saúde. Para alguns estados, há uma participação evidenciada da Defensoria e do Ministério Público – Alagoas, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Santa Catarina, Tocantins – ou do próprio estado (Alagoas) ou juízo (Tocantins) como polos ativos nos processos em primeira instância. Também há casos de expressiva participação de seguradoras como autoras nos processos. Para a quase totalidade dos estados analisados, entretanto, a categoria “outros”, que contempla os processos acionados por pessoas físicas, aparece como a mais frequente como mobilizadora dos processos em primeira instância. Em segunda instância, “estados” e “municípios”, “seguradoras” e “outros” assumem a posição de polos ativos mais frequentes.

Com relação à análise dos conteúdos de expressões regulares das decisões judiciais, decorrente da aplicação de pesquisa booleana na base de acórdãos dos repositórios de jurisprudência, foi possível identificar alguns resultados gerais.

- > A despeito da constatação das idiosincrasias regionais, pela análise das fundamentações e relatórios, chegou-se à conclusão de que 13%, em média, das decisões versavam sobre pleitos coletivos.
- > Com relação às citações sobre instrumentos administrativos do sistema de saúde e do Judiciário para embasamento das decisões – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e seus protocolos e Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATs) – foi constatada a baixa presença dessas referências nos acórdãos, com maior

representatividade para os NATs. Também foram pouco expressivas as referências à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

- > Percentualmente, as maiores demandas encontradas nos acórdãos diziam respeito aos seguintes itens: produtos - insumos ou materiais, órteses, próteses e meios auxiliares -, medicamentos, exames, leitos e internações. Sobre o nível socioeconômico dos demandantes, cerca de um quinto das demandas foram mobilizadas por pessoas em suposta situação de vulnerabilidade econômica, considerando-se a prevalência média das referências, nos acórdãos, às chaves de busca “representação pela defensoria pública ou advogado dativo”, “justiça gratuita”, “hipossuficiência” e “insuficiência de renda”.

Os resultados apresentados na pesquisa realizada pelo INSPER são apenas algumas das constatações decorrentes da base de dados construída a partir das decisões de acórdãos dos tribunais. Cabe ressaltar que uma série de outras análises foram produzidas a partir do uso de tecnologias de gestão da informação aplicadas à pesquisa – especificamente para o caso paulistano e para os acórdãos em segunda instância –, de modo a extrair conteúdos e significados, utilizando como fontes os dados administrativos e decisões produzidas acerca do objeto de estudo. Recomenda-se a leitura do relatório completo para acesso a outras conclusões e reflexões específicas.

Na fase de aplicação das entrevistas e análise documental, a pesquisa buscou coletar percepções de gestores estaduais e de operadores do Judiciário sobre os desafios e possibilidades acerca do tema da judicialização da saúde, incluindo perguntas sobre estratégias de atuação especializada nessa área, mecanismos de cooperação e articulação interinstitucional, absorção e replicação de experiências apreendidas, entre outras. A seguir são apresentadas algumas das constatações comuns ao universo pesquisado:

- > O reconhecimento, por parte dos entrevistados, de estruturas de gestão especializadas nos litígios de saúde, desenvolvidas como mecanismos de melhora da resposta do Estado frente à crescente demanda por judicialização nessa área. Entre as estruturas institucionais para gestão da judicialização citadas, em maior ou menor frequência pelos entrevistados, estão as seguintes: presença de setor específico de judicialização na Secretaria de Estado da Saúde, presença de sistema informatizado de acompanhamento das decisões na SES (S-Codes ou similar), existência de atendimento administrativo na SES, presença de vara especial de saúde no Tribunal de Justiça, existência de núcleos especializados em saúde no Ministério Público e Defensoria Pública, instituição e atuação de Câmara de Conciliação em Saúde, instituição e operacionalização do NATJUS e Comitê Estadual de Saúde instituído e atuante.

- > A despeito da representatividade dos NATJUS, a maioria dos entrevistados considera que os juízes utilizam pouco os pareceres elaborados pelos núcleos em seus processos decisórios.
- > Nas entrevistas realizadas, também foi abordada a importância de mecanismos de articulação e mediação interinstitucional – comitês e câmaras de conciliação –, de modo a possibilitar o encaminhamento e resolução de casos sem recurso primário à via judicial. Uma preocupação recorrente, entretanto, é com a promoção de meios para que esses mecanismos se fortaleçam, considerando que se trata de trabalho promovido por representantes que atuam mediante um mandato limitado.
- > Elementos de promoção de maior racionalidade dos processos de judicialização da saúde, apontados por parte dos entrevistados, foram: sistemas de registro e acompanhamento das informações judiciais eficientes, tal como o S-Codes, e crescente especialização dos órgãos partícipes no encaminhamento e na resolução de litígios dessa natureza.

Um dos avanços obtidos pela pesquisa em relação ao campo de estudos sobre judicialização da saúde diz respeito ao uso integrado de abordagens metodológicas quanti e qualitativas, em consideração à necessidade de se buscar representatividade e comparabilidade regional nas análises produzidas.

O relatório de apresentação dos resultados também agrega recomendações de políticas públicas para o setor, em consideração aos achados da pesquisa, com proposição de estratégias tais como: formação especializada de magistrados; padronização de dados judiciais nos tribunais e acesso às informações essenciais sobre jurisprudências dos tribunais, legislação sanitária e políticas públicas de saúde; mecanismos de articulação e integração entre organizações que absorvem as demandas de judicialização da saúde; incentivos às soluções extrajudiciais de conflitos nessa esfera de atuação do Judiciário, proposição de análise sobre estruturas institucionais voltadas à administração da judicialização da saúde, entre outras.

Uma terceira contribuição apontada no relatório foi o desenvolvimento de recursos de tecnologia da informação, passíveis de aplicação em quaisquer pesquisas voltadas à investigação sobre decisões judiciais. A busca de tais soluções tornou-se necessária, face ao cenário encontrado de disparidades e não padronização nas formas de registro de dados e informações sobre processos e jurisprudências. O recurso à mineração de dados foi também aplicado na produção de informações sobre decisões judiciais – primeira instância e em caráter liminar – publicadas nos Diários Oficiais da Justiça, sendo essa uma fonte alternativa de informações sugeridas para pesquisas que abordem a judicialização da saúde ou outros temas trabalhados pelo Judiciário.

Como pôde ser observado, um argumento presente em diversos estudos sobre o tema é de que há uma carência de articulação entre os poderes, tanto o Judiciário quanto o executivo e o legislativo. É levantado o fato de que o Judiciário, ao intervir na gestão da saúde pública, fragiliza o papel do gestor executivo (SILVESTRE & FERNANDES, 2019). Há também questionamentos em relação à administração executiva que, em muitos casos, poderia solucionar o problema antes mesmo de qualquer ação judicial.

Da mesma forma que há uma grande preocupação acerca da natureza da judicialização da saúde, autores como Fleury (2012) defendem que, a partir do acionamento ao Judiciário para a garantia do direito à saúde, e diante de todo o ônus que a imprevisibilidade orçamentária causa, existe um outro lado da moeda que deve ser vislumbrado: a falha na prestação de serviços do SUS e suas correções. Se é previsível o posicionamento favorável ao demandante ante o Judiciário (BITTENCOURT, 2016), cabe aos gestores do executivo sanar tais defeitos prestacionais, como nos casos de falta de medicamentos que constem nas listas de ofertas do SUS, por meio de convênios, parcerias com o executivo Estadual e afins.

Sendo assim, frente à crescente judicialização da saúde, diversas iniciativas surgiram a fim de amenizar este problema. Alguns exemplos são a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde, criado em 2013 no Distrito Federal, e o SUS MEDIADO, do Rio Grande do Norte, criado em 2012, ambos com o intuito de buscar soluções que minimizem a judicialização.

De modo similar, também foi estipulado um protocolo pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro, onde primeiro se busca uma solução direta com as secretarias de saúde. Não havendo uma solução prévia, só então há a judicialização da demanda. (SILVA & SCHULMAN, 2017)

Nesse sentido, uma atuação para o monitoramento destas demandas pelo Fórum Nacional de Saúde do CNJ, contribui sobremaneira para resolução dos problemas na via administrativa, de forma a prevenir a judicialização e fomentar melhor atuação estatal na oferta dos serviços, identificando, nacionalmente, onde há maior precariedade no atendimento.

### 3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizados dados oriundos de diferentes fontes para explicar a judicialização da saúde no Brasil. Como já mencionado, foi realizada uma análise dos dados provenientes do Ministério da Saúde (MS), da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud) e de levantamento feito com públicos-alvo dos Poderes Executivo e Judiciário (a saber, gestores municipais e estaduais de saúde, magistrados e Comitês de Saúde dos Tribunais de Justiça).

Os dados provenientes do Ministério da Saúde se referem aos anos de 2019 e 2020 e incluem o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a Cobertura de vacinação e o quantitativo de profissionais da área da saúde. Por questões processuais de datas e fechamento de arquivos do MS e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o ano de 2020 conta com os meses de janeiro a outubro. Assim, o período global de análise dos dados é de janeiro de 2019 a outubro de 2020.

A partir dos dados disponibilizados foi possível analisar as informações utilizando estatísticas descritivas e mapas. Estatísticas descritivas estão presentes em todo o relatório. Já os mapas foram elaborados para dois estados de menor e maior quantitativo, de cada região brasileira e para a especialidade mais judicializada identificada nos questionários aplicados às secretarias de saúde.

Importante mencionar a inserção de duas taxas no presente relatório, utilizadas para mensurar as internações ambulatoriais e hospitalares: Taxa SIA/População e Taxa AIH/População. Ambas são utilizadas na literatura, sendo a primeira referente à quantidade total de informações ambulatoriais em relação à população da localidade, enquanto a segunda mede a quantidade de informações hospitalares sobre a população do local, seja município ou Unidade da Federação (UF). As taxas foram empregadas para que houvesse um entendimento relativo dos dados obtidos de acordo com o tamanho da população. Por exemplo, mil internações hospitalares no município de São Paulo podem parecer um quantitativo baixo, dada sua imensa população, mas em um vilarejo de quatro mil habitantes, o número é demasiado alto. Assim, as taxas têm o intuito de informar sobre a própria localidade e permite a comparação com demais locais do Brasil.

A análise dos dados do DataJud foi realizada em 3 etapas. A primeira delas consistiu na extração dos dados da base por meio de *queries* relacionadas ao ano de recebimento dos processos entre 2015 e 2020 e o filtro por assunto, relacionados às tabelas processuais unificadas para os assuntos referentes à saúde. Foram realizadas buscas nos campos de “movimentoNacional.codigoNacional” e “movimentoLocal.codigoPaiNacional” para os códigos 26, 132 e 981, os quais estão relacionados com distribuição e recebimento.

Quanto aos assuntos, todos os códigos da Tabela Processual Unificada (TPU) que versam sobre saúde foram utilizados nas análises aqui apresentadas. Cabe ressaltar que a TPU passou por uma atualização de códigos em 2019 e, portanto, as listas são também chamadas de “nova TPU” e “antiga TPU” e se encontram disponíveis para consulta no Anexo “D” e “E” respectivamente.

Tais campos de busca estão relacionados às variáveis no banco de dados onde são armazenadas as informações dos processos.

Devido ao grande volume de dados para a extração, estes foram divididos em períodos por ano (2015 a 2020) e por tipo de informação, onde os dados básicos do processo estavam em um conjunto e as movimentações em outro, para que depois pudessem ser agregados utilizando o id ou número do processo. Os dados básicos do processo puderam ser validados na base do Justiça em Números, no que diz respeito ao quantitativo por ano, por instância, por tribunal e por assunto.

A segunda etapa do processo teve como objetivo o tratamento ou transformação do dado. Nessa parte, foram trabalhadas a limpeza dos dados – no caso de dados nulos ou inconsistentes com as demais variáveis –, a agregação dos dados para análises estatísticas, como número de processos ou média, além da avaliação de duração de etapas, tais como tempo de sentença ou primeiro julgamento, por exemplo.

A etapa de tratamento ou transformação tem como objetivo reorganizar os dados para que possam ser analisados dentro dos diferentes contextos. Os dados mais utilizados, nessa fase, tinham relação direta com assuntos e foram agregados por ano, instância e tribunal. Uma vez agregados os dados, as análises eram organizadas por tipo de movimentação, onde se focou nos seguintes movimentos:

1. de Liminares (332 Concessão tutela, 339 Concessão liminar, 889 Antecipação de Tutela, 892 Liminar, 785 Antecipação de tutela, 792 Liminar);
2. de Remessa (123, 982 Remessa); e
3. de Procedência (219 Procedência, 221 Procedência em Parte, 220 Improcedência, 12329 - Pedido Conhecido em Parte e Procedente e 12330 - Pedido Conhecido em Parte e Procedente em Parte, 12331 - Pedido Conhecido em Parte e Improcedente).

A terceira etapa consistiu na análise dos dados ou no carregamento, nas tabelas e nos relatórios, para a sua descrição e apresentação. A análise foi realizada levando em consideração os demais aspectos do relatório de judicialização: questionários de pesquisa realizados junto aos tribunais, magistrados, estados e municípios, além de informações disponibilizadas pelos órgãos da saúde.

Outro elemento utilizado nas análises foi a geração de painéis contendo informações do DataJud e dos questionários, que serão disponibilizados inicialmente apenas aos Comitês Estaduais de Saúde como ferramenta para a construção de seus Planos Estaduais.

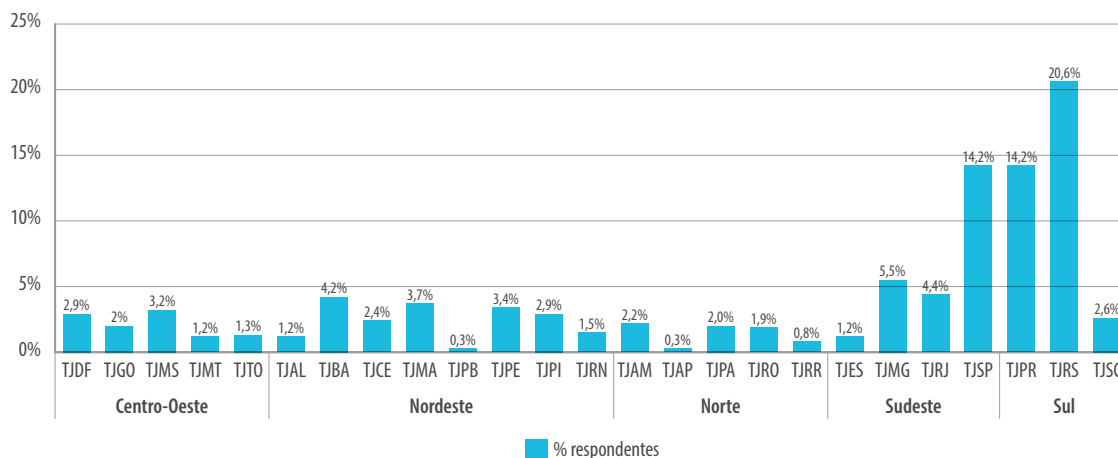
Quanto aos dados do DataJud, devido ao seu volume, foi criado um painel com foco apenas nos assuntos relacionados com a Judicialização da saúde no aplicativo *Kibana*, que conversa diretamente com a base de dados do *Elastic Search*, onde se encontra o DataJud. O acesso a este painel pode ser feito apenas para aqueles com acesso ao próprio DataJud.

O levantamento feito junto aos Poderes Executivo e Judiciário, por sua vez, foi realizado via aplicação de questionários eletrônicos com quatro públicos distintos: Tribunais (estaduais e federais), Magistrados (Estaduais e Federais), Órgãos Gestores das Unidades Federativas e Distrito Federal e Órgãos Gestores dos Municípios. Cada um desses grupos respondeu um questionário específico que esteve disponível para preenchimento entre 23 de setembro e 13 de novembro de 2020. Os questionários foram disponibilizados pelo CNJ por meio de links e se encontram, na íntegra, no anexo “B” deste relatório.

O questionário destinado aos Tribunais continha campos para identificação dos respondentes, e outras 15 perguntas sobre interlocução interinstitucional entre o Poder Judiciário e a Câmara de Apoio Administrativo nos âmbitos estadual, distrital ou municipal, a fim de obter informações administrativas prévias e monitorar o cumprimento das decisões judiciais. Também foi possível avaliar a situação após deflagração da pandemia provocada pela Covid-19. O questionário foi enviado para a presidência de 32 tribunais (27 Tribunais de Justiça Estadual e 5 Tribunais Regionais Federais). Dentre eles, 30 tribunais responderam ao levantamento. Apenas os Tribunais de Justiça dos estados do Ceará e da Paraíba não responderam o formulário.

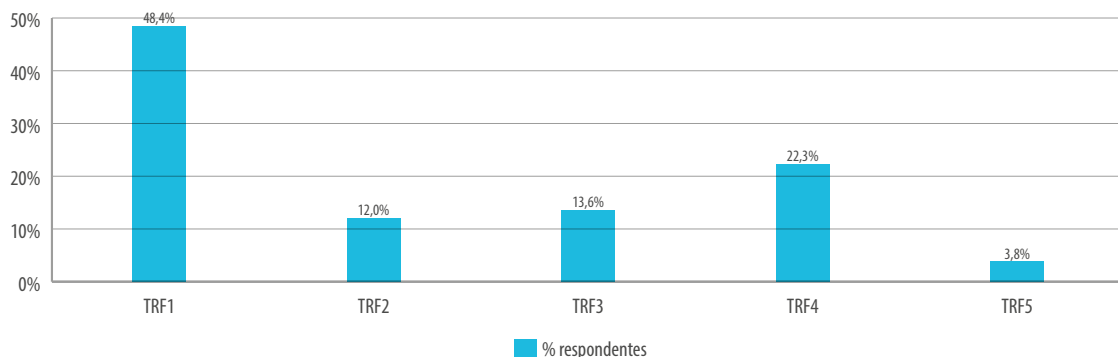
Com relação aos Magistrados, o questionário, com 17 perguntas, solicitava a identificação dos respondentes e abordava questões de avaliação de concordância a partir de afirmações relacionadas à interlocução interinstitucional entre os Poderes Executivos e Judiciário para prolação das decisões judiciais. O mesmo foi enviado por correio eletrônico para 5.860 magistrados, de varas de juízo único e de varas com competência de fazenda pública, nos âmbitos das Justiças Estaduais e Federal, mas apenas 1.243, ou seja, 21,2% participaram do levantamento, sendo 1.059 Estaduais e 184 Federais. Dentre todos os Tribunais do país, não houve representantes da Justiça Estadual da Paraíba e do Ceará a este levantamento, como pode-se observar no Gráfico 1. O Gráfico 2 exibe o percentual de magistrados da Justiça Federal participantes da pesquisa, com participação dos cinco TRFs, embora haja menor participação do TRF5.

**Gráfico 1- Percentual dos Magistrados da Justiça Estadual integrantes da pesquisa**



Fonte: Elaboração própria com base no desenho metodológico do levantamento, 2020

**Gráfico 2 - Percentual dos Magistrados da Justiça Federal integrantes da pesquisa**



Fonte: Elaboração própria com base no desenho metodológico do levantamento, 2020

O formulário enviado às Secretarias de Saúde Estaduais e Distrital (Distrito Federal) continha 30 perguntas sobre a realidade do sistema de saúde, formas de interação entre os outros entes e o Judiciário e como eles enxergam questões sobre a judicialização da saúde. Por meio desse questionário, também foi possível obter informações sobre o momento excepcional que está sendo experimentado pelos entes estatais em razão da pandemia do Covid-19 (conforme Lei nº 13.979/2020). Dentre as Secretarias Estaduais e do Distrito Federal, apenas seis delas não enviaram respostas ao levantamento realizado, Acre (AC), Alagoas (AL), Goiás (GO), Pará (PA), Rio de Janeiro (RJ) e Roraima (RR).

O público composto pelas Secretarias Municipais de Saúde não contemplou a totalidade dos municípios brasileiros (5.570), e sim uma amostra de 763 municípios de todas as UFs, definidos

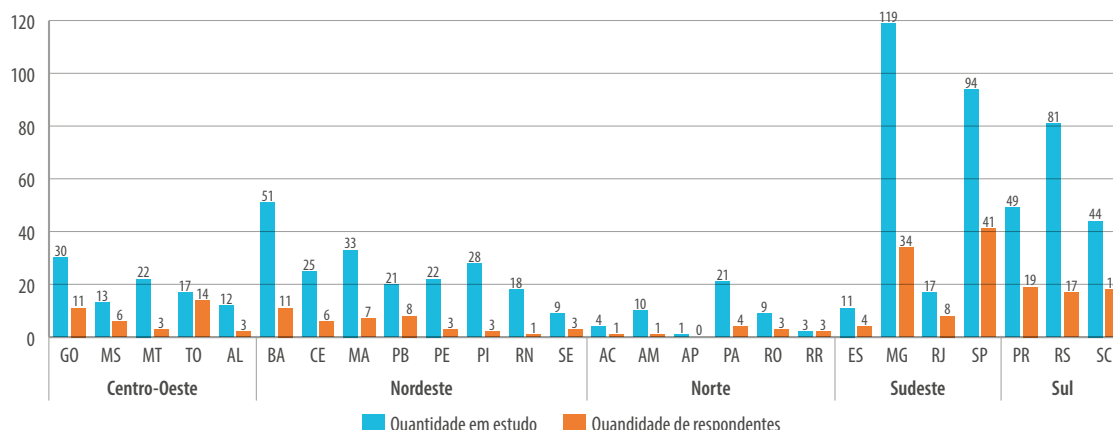


com base no estudo “Regiões de Influência das Cidades (REGIC)<sup>3</sup>”, de autoria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa amostra foi composta por 500 municípios classificados como rede de Baixa/ Média Complexidade<sup>4</sup> e 263 como rede de Alta Complexidade<sup>5</sup>. Desse público-alvo, 229 responderam ao questionário, o que representa 30% deles.

O formulário idealizado para o referido grupo continha 36 perguntas e, além de investigar a relação interinstitucional dos Poderes Executivo e Judiciário, indagava sobre procedimentos mais judicializados, existência de atos normativos e programas institucionais e orçamento do município destinado à resolução de demandas judicializadas.

Como estrutura de análise, serão demonstrados os resultados de forma comparativa dentro de cada grupo e entre os grupos (quando possível), de modo a colocar em perspectiva as realidades de esferas de atuação da saúde em relação ao tema de interesse da pesquisa. Também serão abordados os achados das perguntas específicas aplicadas aos entes federados e tribunais, os quais estarão contextualizados e inseridos na discussão proposta.

**Gráfico 3 - Quantitativo dos municípios integrantes das Secretarias Municipais de Saúde em estudo e quantidade efetiva de respondentes**



Fonte: Elaboração própria com base no desenho metodológico do levantamento, 2020

3 A Pesquisa REGIC (IBGE) objetiva identificar e analisar a rede urbana do território brasileiro, de forma a estabelecer hierarquias entre municípios e principais centros urbanos e a indicar as áreas de influência dos mesmos. Estuda-se o deslocamento populacional em virtude de trabalho, educação, saúde e outros motivos. A pesquisa conta com um questionário - que é aplicado nos municípios - e, entre outros questionamentos, é indagado onde a população de dada localidade busca serviços de Baixa, Média e Alta Complexidades. Para complementar essa informação, o IBGE utiliza dados do Sistema Único de Saúde (SUS) para evidenciar as centralidades existentes no sistema de saúde, isto é, mensura volume de atendimento e complexidade dos serviços. A classificação de baixa, média e alta complexidade é feita pelo SUS.

4 Segundo o CONASS (2007), a rede de Média Complexidade visa atender os principais problemas e agravos de saúde da população a partir de ações e serviços cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, como, por exemplo, exames ultra-sonográficos, próteses e órteses, anestesia, procedimentos traumato-ortopédico, dentre outros.

5 A rede de Alta Complexidade envolve um conjunto de procedimentos que demandam serviços qualificados, de alta tecnologia e alto custo, assistindo pacientes oncológicos, portadores de doença renal crônica, de obesidade, de doenças cardiovasculares e outras doenças (CONASS, 2007).

A seção 4, a seguir, apresentará os resultados consolidados das análises feitas a partir das fontes de dados descritas, conjugando-as com uma discussão qualitativa acerca do tema principal do estudo, a judicialização da saúde.

## 4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A judicialização de temas vinculados à saúde surge da necessidade de se ter acesso ao direito previsto constitucionalmente e que, muitas vezes, por conta de todas as dificuldades de se estabelecer atendimento universal para toda a população, não se efetiva na prática. O debate sobre esse tema não se estende ao fato de ser correto ou não judicializar tais temas, mas busca compreender os impactos da judicialização no Poder Judiciário e nos poderes executivos locais.

A seguir serão apresentados uma série de dados sobre os números de processos relacionados à temática saúde, tais dados dizem respeito aos anos de 2015 a 2019, e foram extraídos do painel interativo do “Justiça em Números”.

Conforme se depreende da Tabela 1 percebemos que a grande parte dos processos relacionados à saúde estão concentrados nos Tribunais de Justiça Estaduais, durante os anos de 2015 a 2018, houve pouca variação no número de casos novos a cada ano. Em 2015, os casos novos totalizaram 322.395 (trezentos e vinte e dois mil trezentos e noventa e cinco) e em 2018 um total de 326.397 (trezentos e vinte e seis mil trezentos e noventa e sete), o maior aumento esteve concentrado na mudança de 2018 para 2019, com o ano de 2019 tendo um total de 427.633. Já em relação aos Tribunais Regionais Federais o ano de 2015 contou com um total de 36.673 e o ano de 2020 com 58.744, sendo este último o ano com a maior incidência de casos novos.

**Tabela 1 - Quantidade de casos novos de saúde ingressados entre 2015 e 2020 por tipo de tribunal**

Tribunal	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Superior Tribunal de Justiça	6.953	8.116	9.764	10.250	147 <sup>6</sup>	7.608
Tribunal de Justiça	322.395	320.447	367.438	326.397	427.633	486.423
Tribunal Regional Federal	36.673	47.139	40.730	40.357	41.795	58.774

Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

Ao analisarmos os dados discriminados por Tribunais de Justiça, Tabela 2, podemos perceber que a maior concentração de processos se encontra no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, nos anos de 2015, 2017, 2018 e 2019, o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais foi o que mais recebeu processos no ano de 2016, com um total de 85.011 (oitenta e cinco mil e onze) processos relacionados ao tema. Se considerarmos toda a série histórica podemos depreender

<sup>6</sup> Valores destoante como esse ocorrem por erros durante a alimentação da base, uma vez que o Justiça em Números se baseia nos envios realizados pelos próprios tribunais. A consistência da informação apresentada aqui depende diretamente da qualidade dos envios realizados ao CNJ para a consolidação da referida pesquisa.

que dos Tribunais de Justiça os que mais apresentaram casos novos foram o TJSP, TJMG, TJRS com totais de 488.840 (quatrocentos e oitenta e oito mil oitocentos e quarenta), 444.123 (quatrocentos e quarenta e quatro mil cento e vinte e três), 287,718 (duzentos e oitenta e sete mil setecentos e dezoito) respectivamente, da mesma forma é perceptível a grande diferença entre os dois tribunais com o maior número para o terceiro com o maior número sendo está uma diferença de 156.405 (cento e cinquenta e seis mil quatrocentos e cinco) processos.

Ademais, cabe considerar que da análise da Tabela 3, e analisar a distribuição de casos novos por região, pode ser observado que a região com a maior concentração de casos novos de 2015 a 2019, foi a região Sudeste com 888.030 (oitocentos e oitenta e oito mil e trinta processos), enquanto a região Norte foi a região com o menor quantitativo de casos novos, com um total de 60.569 (sessenta mil quinhentos e sessenta e nove) casos novos. As possíveis causas podem ser apontadas para este fenômeno, como a baixa densidade geográfica encontrada nos estados da região Norte, que podem significar entraves para o ingresso de novos casos, além do quantitativo populacional destas, enquanto a região Sudeste conta com 89.012.240 (oitenta e nove milhões doze mil duzentos e quarenta) habitantes, a Norte conta com 18.672.591 (dezoito milhões seiscentos e setenta e dois mil quinhentos e noventa e um) habitantes<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Dados sobre a população por região disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e> Acesso em 30 de Mar. de 2021.

**Tabela 2 - Número de casos novos ingressados por Tribunais de Justiça entre 2015 e 2020<sup>8</sup>**

<b>Tribunal</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
TJAC	279	381	10.403	1.117	1.649	155
TJAL	2.613	4.506	4.788	8.515	6.592	2.369
TJAM	2.261	492	1.187	573	571	249
TJAP	736	1.111	859	640	928	81
TJBA	14.803	17.074	26.031	26.498	26.072	19.376
TJCE	4.157	4.633	5.586	10.333	1.990	7.672
TJDFT	3.869	5.812	9.466	8.259	8.995	7.970
TJES	8.981	11.394	9.443	11.963	14.070	6.430
TJGO	1.054	1.135	2.274	5.292	4.913	5.153
TJMA	2.147	2.767	3.282	ND	4.629	5.822
TJMG	29.927	85.011	42.416	36.783	46.809	203.177
TJMS	3.184	6.237	6.156	11.142	8.546	7.738
TJMT	3.876	5.327	3.833	4.615	53.102	26.144
TJPA	1.141	1.034	1.565	1.462	5.002	1.842
TJPB	3.060	3.644	4.802	4.223	5.097	4.552
TJPE	9.466	11.459	9.413	5.871	8.927	6.152
TJPI	625	845	2.993	2.307	2.494	2.167
TJPR	9.736	9.129	8.789	2.458	11.034	8.938
TJRJ	35.492	26.612	34.123	37.564	40.689	31.305
TJRO	ND	3.444	2.476	4.425	3.632	1.225
TJRN	2.929	3.524	4.608	4.705	4.873	4.406
TJRS	42.593	42.593	50.218	54.406	51.441	46.467
TJRR	115	38	49	65	29	330
TJSC	19.986	16.742	14.787	15.965	22.507	10.648
TJSE	1.352	2.505	3.717	3.250	2.535	998
TJSP	116.209	50.689	102.280	60.982	86.593	72.087
TJTO	1.804	2.309	1.894	2.984	3.914	2.970
<b>Total</b>	<b>322.395</b>	<b>320.447</b>	<b>367.438</b>	<b>326.397</b>	<b>427.633</b>	<b>486.423</b>

Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

8 Os números apresentados pela Tabela 2 tem como fonte os dados do Justiça em Números. Esse relatório se baseia nos envios de números de casos novos realizados pelos próprios tribunais. Portanto, é possível que grandes variações de aumento ou queda ocorra em função da alimentação da base, uma vez que a consistência da informação apresentada aqui depende diretamente da qualidade dos envios realizados ao CNJ para a consolidação da referida pesquisa.

**Tabela 3 - Quantidade de casos novos segundo Região geográfica dos Tribunais de Justiça entre 2015 e 2020<sup>9</sup>**

Região Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Norte	6.336	8.809	18.433	11.266	15.725	6.852	67.421
Nordeste	41.152	50.957	65.220	65.702	63.209	53.514	339.754
Sudeste	190.609	173.706	188.262	147.292	188.161	47.005	935.035
Sul	72.315	68.464	73.794	72.829	84.982	312.999	685.383
Centro Oeste	11.983	18.511	21.729	29.308	75.556	66.053	223.140
<b>Total</b>	<b>322.395</b>	<b>320.447</b>	<b>367.438</b>	<b>326.397</b>	<b>427.633</b>	<b>486.423</b>	<b>2.250.733</b>

Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

Em relação aos Tribunais Regionais Federais, conforme se observa da Tabela 4, ao longo dos anos de 2015 a 2020, totalizaram 206.694 (duzentos e seis mil seiscientos e noventa e quatro) casos novos, sendo o TRF-4 o tribunal com mais casos durante o período, com um total de 93.402 (noventa e três mil quatrocentos e dois). Do ano de 2016 ao ano de 2018 ocorreu uma diminuição dos casos novos ingressados, de 47.139 (quarenta e sete mil cento e trinta e nove) para 40.357 (quarenta mil trezentos e cinquenta e sete), enquanto o ano de 2019 e 2020 representaram dois aumentos consecutivos, sendo o ano de 2020 o com o maior número de casos novos, 58.774 (cinquenta e oito mil setecentos e quarenta e quatro). O ano de 2020 foi marcado pela pandemia de Covid-19, o que pode explicar o aumento dos casos relacionados à saúde neste período.

**Tabela 4 - Quantidade de casos novos segundo Tribunais Regionais Federais entre 2015 e 2020<sup>10</sup>**

Tribunais Federais	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
TRF1	14.821	20.985	14.579	13.137	12.998	11.778	88.298
TRF2	4.193	4.173	4.066	4.214	4.948	4.503	26.097
TRF3	1.765	3.579	1.013	1.835	2.624	2.344	13.160
TRF4	12.340	14.344	13.235	12.014	13.557	27.912	93.402
TRF5	3.554	4.058	7.837	9.157	7.668	12.237	44.511
<b>Total</b>	<b>36.673</b>	<b>47.139</b>	<b>40.730</b>	<b>40.357</b>	<b>41.795</b>	<b>58.774</b>	<b>265.468</b>

Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

9 Os números apresentados pela Tabela 2 tem como fonte os dados do Justiça em Números. Esse relatório se baseia nos envios de números de casos novos realizados pelos próprios tribunais. Portanto, é possível que grandes variações de aumento ou queda ocorra em função da alimentação da base, uma vez que a consistência da informação apresentada aqui depende diretamente da qualidade dos envios realizados ao CNJ para a consolidação da referida pesquisa.

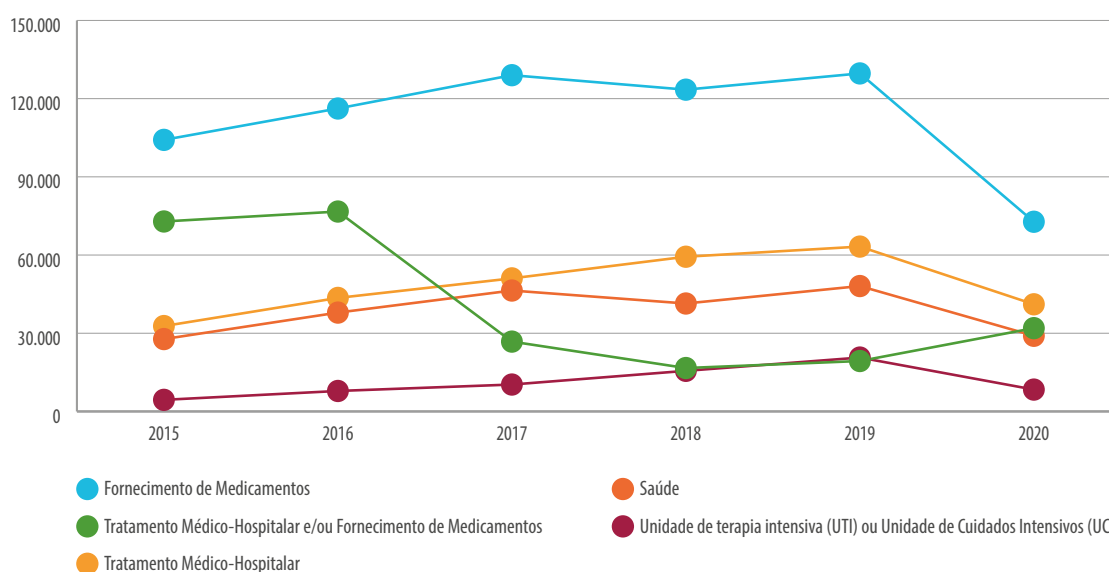
10 Os números apresentados pela Tabela 2 tem como fonte os dados do Justiça em Números. Esse relatório se baseia nos envios de números de casos novos realizados pelos próprios tribunais. Portanto, é possível que grandes variações de aumento ou queda ocorra em função da alimentação da base, uma vez que a consistência da informação apresentada aqui depende diretamente da qualidade dos envios realizados ao CNJ para a consolidação da referida pesquisa.

Esta primeira aproximação com os números totais extraídos do sistema “Justiça em Números”, tem como objetivo uma familiaridade com a carga processual ingressada ao longo dos anos de 2015 a 2020. Mais adiante serão apresentados os números detalhados dos principais assuntos relacionados à temática da saúde. Como pode ser observado, os números de casos novos, excetuando o período de 2018 para 2019 que apresentaram um aumento distinto dos demais anos, durante o ano de 2015 a 2018 os números de casos novos ingressados no judiciário mantiveram-se relativamente estáveis sem grandes aumentos ou diminuições de casos.

## 4.1 ASSUNTOS JUDICIALIZADOS E A NECESSIDADE DE MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Observando os dados do Justiça em Números entre os anos de 2014 e 2019 (Gráfico 4), foi possível identificar que, excluindo “Planos de Saúde” e “Seguro”, os assuntos, com relação à Saúde que estão entre as mais frequentes são: “Fornecimento de Medicamentos”, “Saúde”, “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos”, “Tratamento Médico-Hospitalar” e “Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)”

**Gráfico 4 - Quantidade de casos novos dos principais assuntos judicializados entre 2015 e 2020 – TPU antiga**



Fonte: Painel do Justiça em Números/CNJ, 2020

Esse resultado corrobora as informações encontradas no estudo “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução”, desenvolvido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper) e publicado em 2019 pelo CNJ. Neste estudo que avaliou processos

de tribunais estaduais, no período de 2008 a 2018, também foi possível identificar que, tanto na primeira instância quanto na segunda instância, excetuando “Planos de Saúde” e “Seguro”, os temas “Saúde”, “Tratamento Médico Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos” e “Fornecimento de Medicamentos” se destacavam entre os assuntos com mais frequência.

Neste contexto, com o auxílio dos dados do DataJud e analisando período de 2015 a 2020, é possível ter uma percepção sobre movimentos dos processos que envolvem o tema Saúde. A Tabela 5 mostra a situação de concessão de liminares em um grupo de assuntos mais frequentes entre os processos. O resultado mostra que apenas a temática Plano de Saúde possui concessão de liminar abaixo de 80,0%, todos os outros estão nessa faixa percentual, sendo Saúde Mental e Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI os que tiveram os percentuais de concessão mais altos, acima de 86,0%.

**Tabela 5 - Percentual de Processos com e sem concessão de liminar por grupo de assuntos**

Grupo de Assuntos	% de Processos com Concessão de Liminar	% de Processos sem Concessão de Liminar
Fornecimento de Medicamentos/insumos	83,0%	17,0%
Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/ UTI e UCI	86,3%	13,7%
Planos de Saúde	70,7%	29,3%
Saúde Mental	86,9%	13,1%
Saúde/SUS	80,4%	19,6%
Tratamento Médico-Hospitalar	81,9%	18,1%
<b>Total</b>	<b>80,8 %</b>	<b>19,2%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

Com relação aos pedidos considerados procedentes (Tabela 6), há também um alto percentual tanto sobre os processos julgados ou procedentes, improcedentes, ou procedentes em parte. O grupo de assuntos envolvendo Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI é o com maior grau de procedência com um total de 84%, em seguida o grupo Fornecimento de Medicamentos/insumos, com 83%. Em relação aos processos envolvendo Planos de Saúde conta com a menor taxa de procedência dos pedidos, com 43%.



**Tabela 6 - Percentual de deferimentos em relação aos casos novos e processos julgados**

Grupo de Assuntos	% procedente sobre julgados	% não procedente sobre julgados	% parcialmente procedente sobre julgados
Fornecimento de Medicamentos/insumos	83,0%	7,7%	9,3%
Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/UTI e UCI	84,2%	8,2%	7,6%
Planos de Saúde	42,9%	36,8%	20,3%
Saúde Mental	80,3%	8,2%	11,5%
Saúde/SUS	77,7%	10,2%	12,1%
Tratamento Médico-Hospitalar	80,7%	9,3%	10,0%
<b>Total</b>	<b>71,6%</b>	<b>15,9%</b>	<b>12,5%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

Os dados mostrados anteriormente indicam a importância do tratamento médico e o fornecimento de medicamentos na questão da judicialização da saúde. De acordo com Albert (2016), em pesquisa realizada em 2015 pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), “a falta de profissionais especializados” se posicionou como a segunda maior dificuldade em cumprir as ações demandadas, atrás apenas de “recursos insuficientes ou não previstos no orçamento”, tema que está também estritamente relacionado com a compra de medicamentos, que, em muitos casos, pode se tornar dispendioso.

Ainda, segundo a publicação, como grande parte das especialidades se concentra em polos regionais e capitais, as judicializações decorrentes desta situação trazem um caráter mais desafiador para os municípios já que ela pode se desdobrar em questões relacionadas à necessidade de transporte de pacientes, tendo, assim, um risco de agravamento das condições de saúde do demandante.

Nesse sentido, este estudo fez o questionamento para os gestores estaduais e municipais sobre as cinco especialidades médicas mais judicializadas. Entre os respondentes, tanto municipais e estaduais, a especialidade “Ortopedia e traumatologia” foi a mais citada conforme Tabela 7. Entre o grupo composto pelos estados e o Distrito Federal, 19 deles citaram esta especialidade enquanto nos municípios, 149 mencionaram este tipo de demanda.

A outra especialidade citada pelos dois grupos, estados e municípios, foi “Cardiologia”. Entre os municípios, esta especialidade foi a quarta mais citada e no caso dos estados ela foi a segunda, citada por 12 deles.

**Tabela 7 - As cinco especialidades médicas mais judicializadas segundo os municípios e estados**

Estados		Municípios	
Especialidade	%	Especialidade	%
Ortopedia e traumatologia	90,5	Ortopedia e traumatologia	64,8
Cardiologia	57,1	Oftalmologia	40,0
Oftalmologia	57,1	Psiquiatria	38,7
Oncologia clínica	47,6	Cardiologia	27,8
Urologia	42,9	Neurologia	27,4

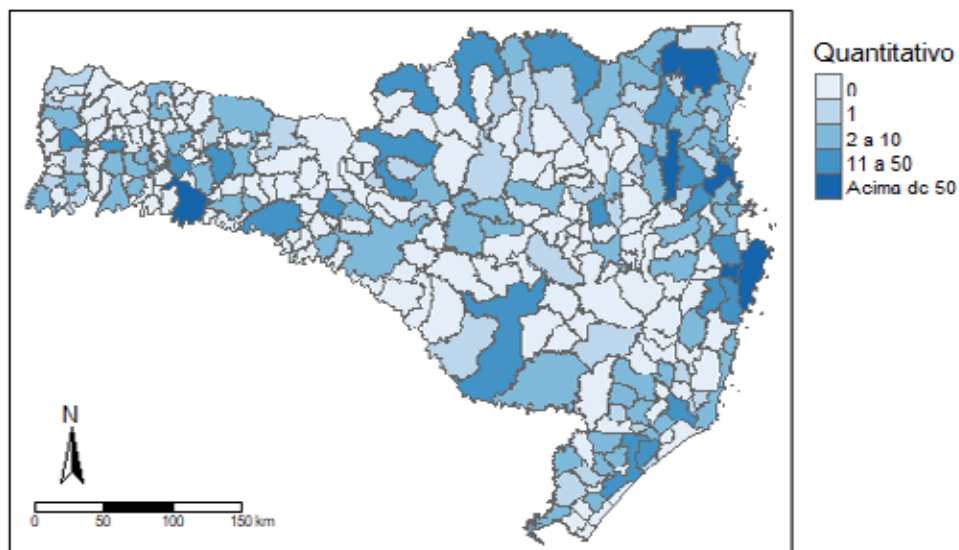
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados, 2020

A falta de profissionais com a especialidade médica de “Ortopedia e Traumatologia” pode ser identificada nos diferentes estados brasileiros. Apenas entre os respondentes, os estados de Pernambuco e Sergipe não incluíram esta especialidade entre as cinco mais judicializadas. A seguir, são apresentados os mapas de dois estados para cada região brasileira, com maior e menor quantidade de profissionais desta especialidade, de acordo com dados do ano de 2020 fornecidos pelo Ministério da Saúde. É possível perceber um grande quantitativo de municípios que não possuem este profissional.

Na região Sul, Santa Catarina (Mapa 1), o estado que tem o menor quantitativo, tem aproximadamente 54,6% dos municípios, o que representa 161 deles, sem profissional da especialidade “Ortopedia e Traumatologia”. Além da capital Florianópolis, com 199 médicos com esta especialidade, o estado tem outros municípios com um quantitativo superior a 50 profissionais, a saber: Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Itajaí Joinville e São José.

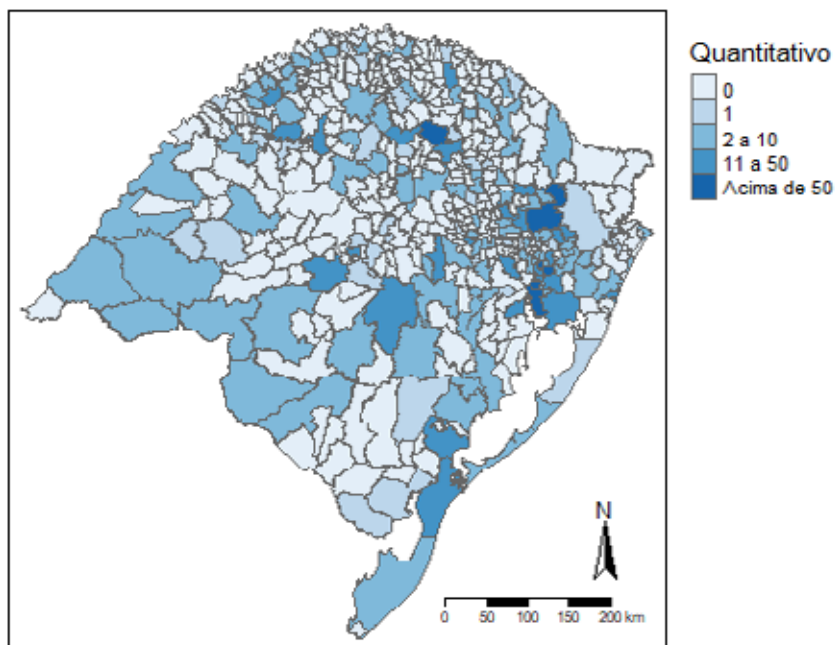
No Rio Grande do Sul (Mapa 2), estado com maior quantitativo, a representatividade de municípios sem tal profissional atinge 68,1% do total, ou seja, 338 cidades. A capital Porto Alegre concentra 434 médicos com esta especialidade e outros municípios como Passo Fundo, Novo Hamburgo, Caxias do Sul e Canoas têm um quantitativo superior a 50 médicos que atuam nesta área.

**Mapa 1 - Municípios do estado de Santa Catarina de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

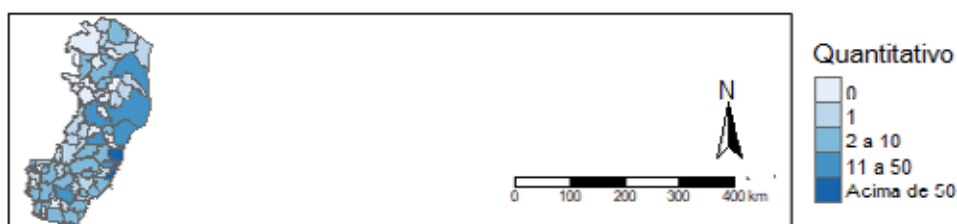
**Mapa 2 - Municípios do estado do Rio Grande Sul de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

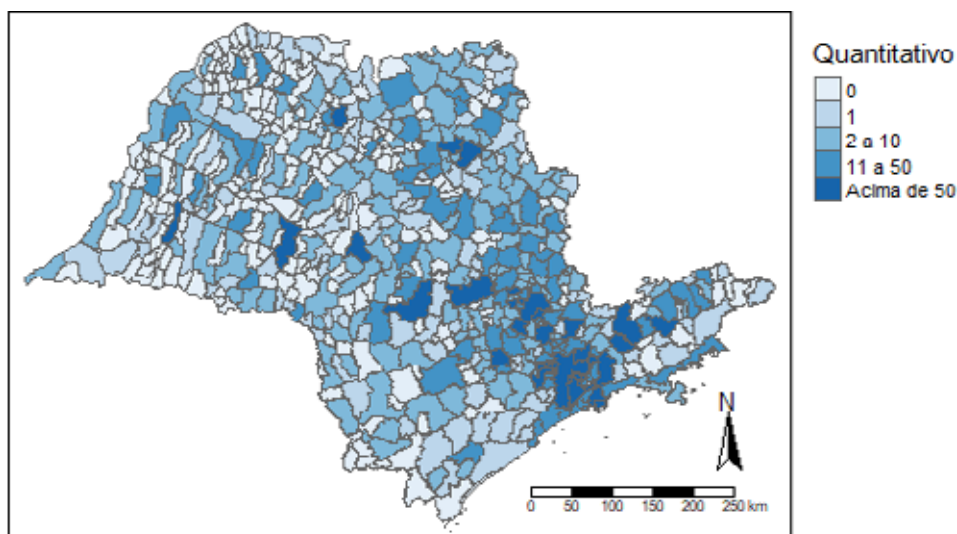
Os dois estados que representam a região Sudeste apresentam a menor proporção de municípios sem profissionais de “Traumatologia e Ortopedia”. No Espírito Santo (Mapa 3), o estado com menor quantitativo deste profissional no Sudeste, há um percentual de 23,1%, que corresponde 18 municípios sem este médico. Contudo três municípios, Vitória, Vila Velha e Serra, todos com mais de 120 deste tipo de especialista, concentram cerca de 62,8% dos profissionais do estado. Em São Paulo (Mapa 4) este percentual é de cerca de 38,9% do total de 645 municípios. São 251 municípios nesta situação. Apenas na capital, São Paulo, há mais de três mil destes profissionais e municípios como São José dos Campos, São Bernardo do Campo, Santos, Guarulhos, Campinas e Barueri possuem mais de 200 destes profissionais

**Mapa 1 - Municípios do estado do Espírito Santo de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

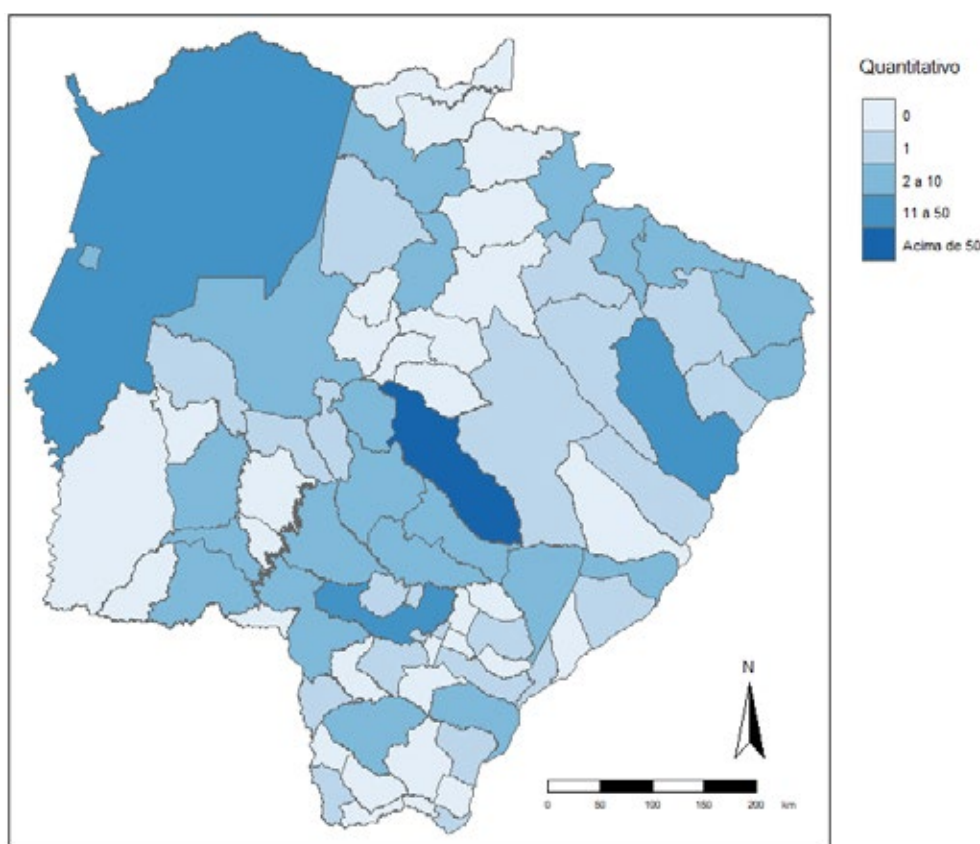
**Mapa 2 - Municípios do estado de São Paulo de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

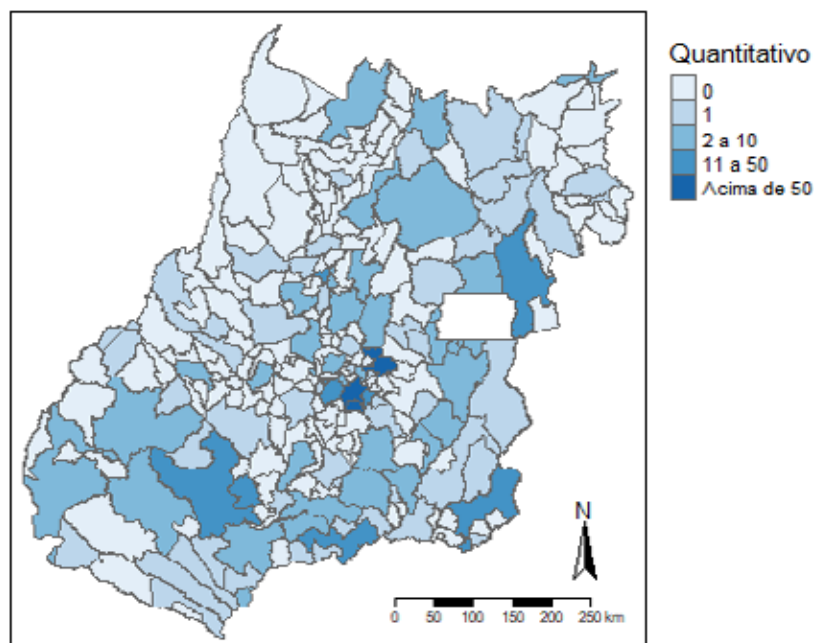
No Centro-Oeste, Goiás e Mato Grosso do Sul são os estados com o maior e menor quantitativo destes especialistas. O Mato Grosso do Sul possui 39% dos seus municípios sem o profissional, enquanto Goiás tem 147 municípios sem este mesmo profissional, o que representa 59,8%. No Mato Grosso do Sul, dos 286 profissionais, aproximadamente 60,0% estão em três municípios: a capital Campo Grande (com 123), Dourados (com 29) e Três Lagoas (com 19). Situação semelhante também ocorre em Goiás: três municípios – Goiânia, Anápolis e Aparecida de Goiânia – concentram 60,0% dos profissionais do estado, sendo que apenas em Goiânia há 41,5% (correspondente a 321) do total de médicos com esta especialidade no estado.

**Mapa 3 - Municípios do estado de Mato Grosso do Sul de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

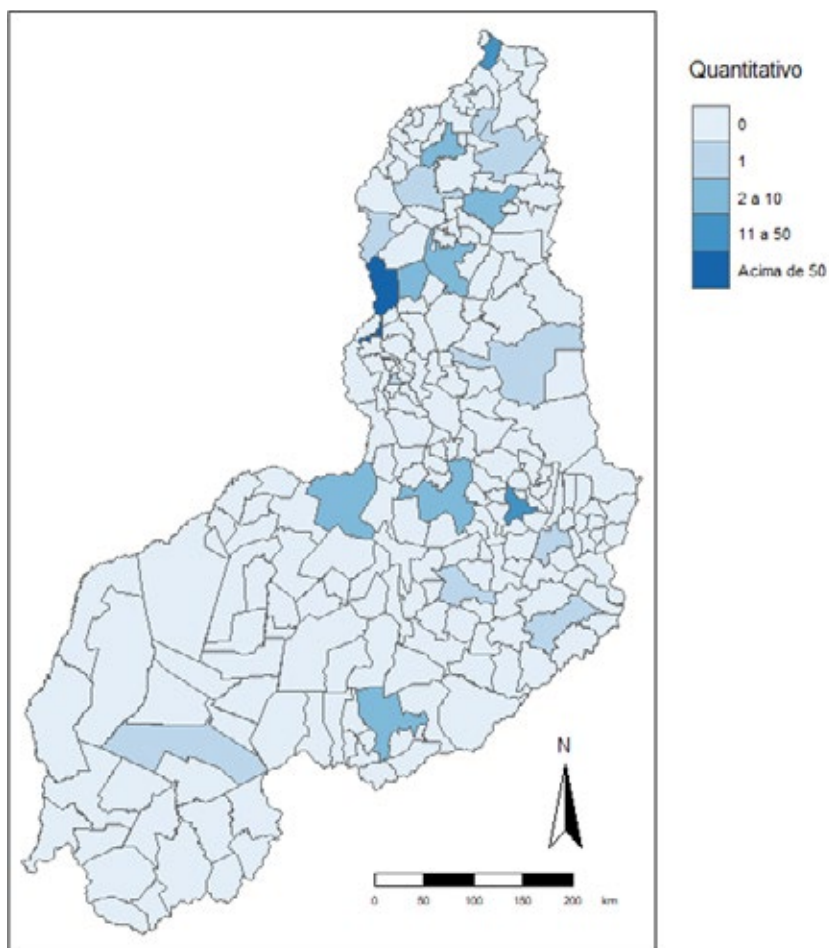
#### Mapa 4 - Municípios do estado de Goiás de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

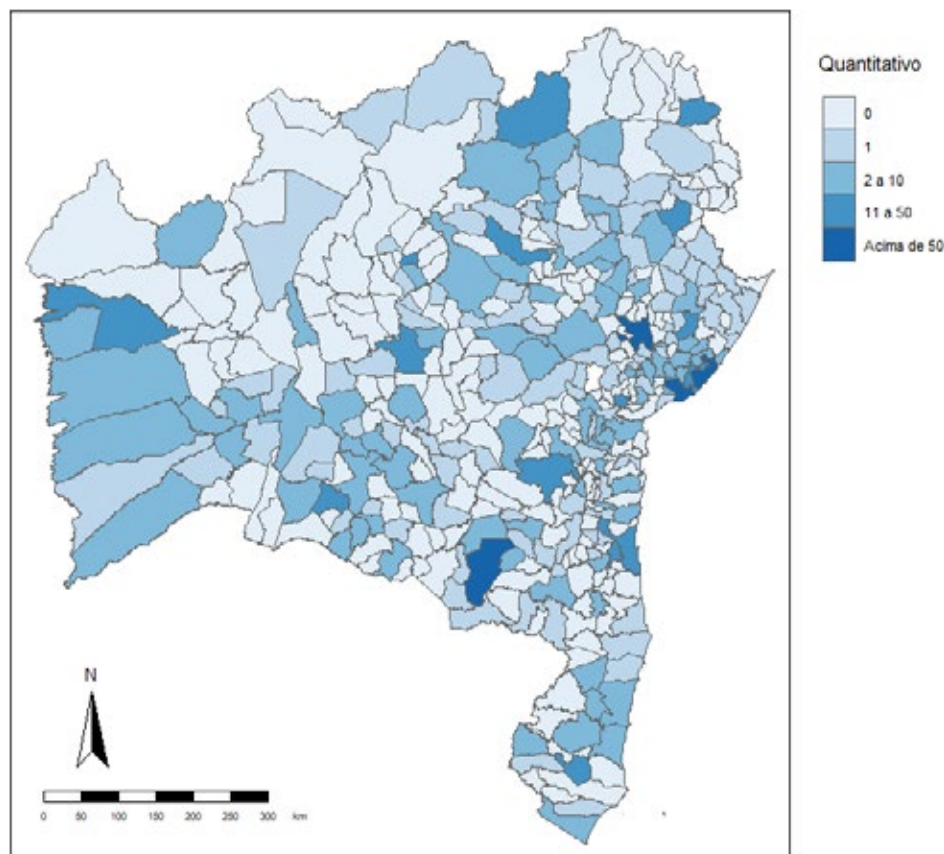
Na região Nordeste, o estado do Piauí apresenta um alto percentual de municípios sem este tipo de especialista. Aproximadamente 91,1% dos municípios do estado (o correspondente a 204) estão nesta situação. O restante dos municípios tem, no total, 191 médicos ortopedistas e traumatologistas, sendo que, na capital, concentra-se 120 deles e apenas Picos e Paranaíba tem um quantitativo acima de dez médicos com esta especialidade. No caso da Bahia, estado com maior número de municípios da região, 206 municípios, cerca de 49,5% deles não possuem este especialista em medicina. Salvador com 597 profissionais e Feira de Santana com 105 especialistas são os locais de maior concentração destes profissionais no estado.

**Mapa 5 - Municípios do estado do Piauí de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

### Mapa 6 - Municípios do estado da Bahia de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)

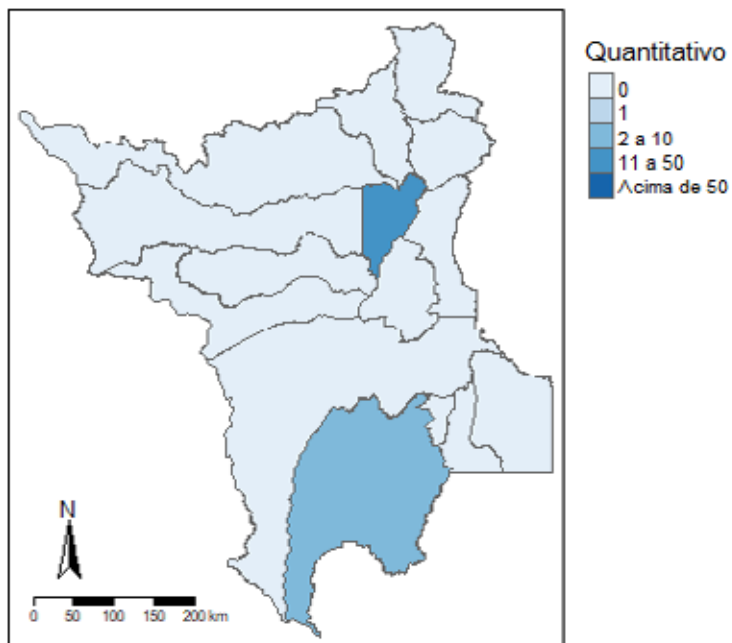


Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

Por fim, a região Norte com os estados de Roraima e Pará. Em Roraima (Mapa 9), como no Piauí no Nordeste, há um percentual muito alto de municípios sem a presença deste tipo de médico. Treze dos quinze municípios do estado estão sem este especialista. Isto representa 86,7% das cidades. Apenas a capital Boa vista e o município de Rorainópolis possuem o profissional. No Pará (Mapa 10) este percentual atinge 54,9% das localidades. São, no total, 79 municípios sem médico traumatologista ortopedista. Os municípios de Santarém, Parauapebas, Paragominas, Marituba, Marabá, Castanhal, Capanema, Ananindeua e a capital Belém são aqueles com o maior quantitativo destes profissionais, acima de dez, sendo que apenas os dois últimos possuem conjuntamente duzentos e trinta e três profissionais.

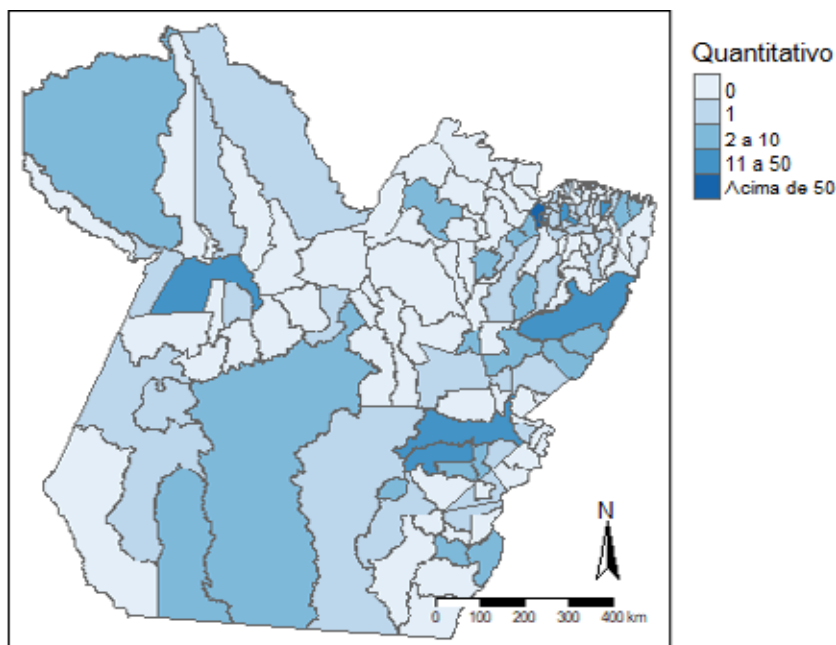


**Mapa 7 - Municípios do estado de Roraima de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

### Mapa 8 - Municípios do estado do Pará de acordo com seu quantitativo de Médicos (Especialidade: Ortopedista e Traumatologista)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

A falta de profissionais que atuam nas diversas áreas de saúde, principalmente os especialistas, é motivo de constante preocupação da sociedade brasileira. Até outubro de 2020, o Brasil possuía 3.101.793 profissionais de saúde em estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo das mais diversas profissões e especialidades, tais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, dentre outros. Desse total de profissionais, 97,5% (ou 3.024.421 pessoas) são classificados como profissionais de atendimento de saúde, isto é, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem e outros, sendo os mais frequentes os médicos (25,7% ou 795.987), em seguida os técnicos (21,1% ou 654.014), agentes (12,2% ou 397.578) e auxiliares (9,7% ou 300.853). Os demais 2,5% dos profissionais (77.372) pertencem à categoria de profissionais que não atendem diretamente o paciente, mas prestam a assistência necessária para o bom funcionamento da estrutura de saúde. Dentre eles, os mais frequentes são “motorista” (0,7% ou 21.852), “gerente de serviços de saúde” (0,6% ou 18.423) e “diretor de serviço de saúde” (0,3% ou 10.438). Essas e outras profissões podem ser conferidas na Tabela 8.

**Tabela 8 - Quantitativo dos principais profissionais de Atendimento à Saúde e Não Atendimento à Saúde do Sistema Único de Saúde, 2019 e 2020**

Profissionais	Quantidade	%
<b>Atendimento de Saúde</b>	<b>3.024.421</b>	<b>97,51%</b>
Médico	795.987	25,66%
Técnico	654.014	21,09%
Agente	397.578	12,82%
Auxiliar	300.853	9,70%
Enfermeiro	295.088	9,51%
Dentista	183.064	5,90%
Fisioterapeuta	92.297	2,98%
Psicólogo	75.897	2,45%
Farmacêutico	62.421	2,01%
Outros	167.222	5,39%
<b>Não atendimento de saúde</b>	<b>77.372</b>	<b>2,49%</b>
Motorista	21.852	0,70%
Gerente de Serviços de Saúde	18.423	0,59%
Diretor de Serviços de Saúde	10.438	0,34%
Telefonista / Ouvidor / Operador de radiochamada	8.465	0,27%
Outros	18.194	0,59%
<b>Total</b>	<b>3.101.793</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

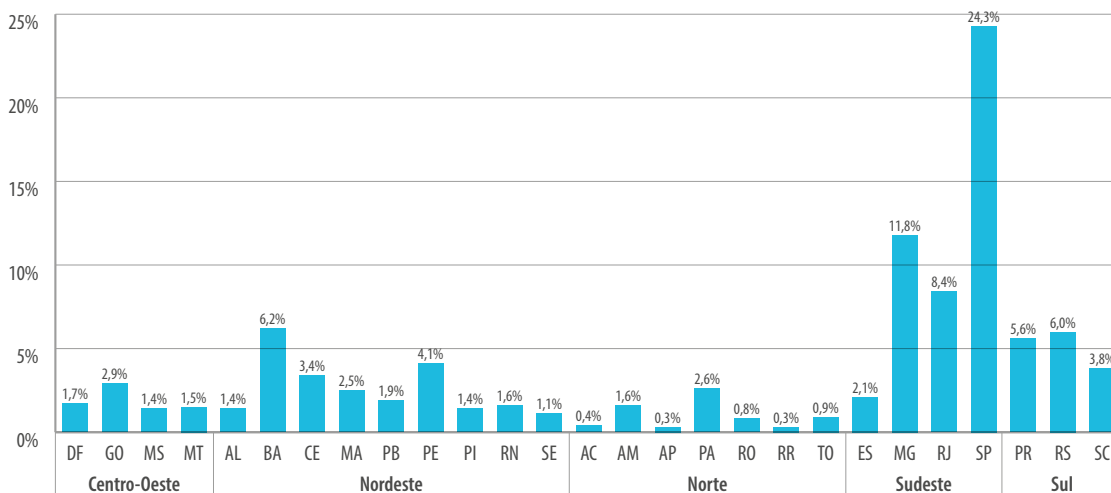
Como ilustra o Gráfico 5, as regiões Sudeste e Nordeste apresentam o maior quadro de profissionais do SUS (46,6% e 23,4%, respectivamente) de Atendimento à Saúde e de Não Atendimento à Saúde. O estado de São Paulo se destaca, já que detém o maior número de profissionais de todo o Brasil (aproximadamente, um quarto do todo, o que corresponde a 755.144 profissionais), sobretudo médicos, técnicos e auxiliares (os agentes têm maioria em Minas Gerais). Em seguida, mais bem distante de São Paulo, vem o estado de Minas Gerais com 365.696 profissionais (11,8% de todo o Brasil) e Rio de Janeiro (260.379 ou 8,4%).

Na Região Nordeste, a concentração de profissionais se dá nos estados da Bahia (6,2% ou 192.248 profissionais) e de Pernambuco (4,1% ou 128.669 profissionais).

Mais uma vez, a Região Norte se mostra uma região carente também quanto ao número de profissionais. A região possui apenas 6,83% de todos os profissionais do Brasil. É no Pará que há

maior concentração deles (2,6% ou 80.690 profissionais). Os estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins possuem menos de 1% da quantidade de todo o Brasil.

**Gráfico 5 - Quantidade de profissionais da rede SUS por Unidade da Federação**



Fonte: Ministério da Saúde, 2020

A fim de se ter um real dimensionamento da quantidade de profissionais em uma dada localidade, isto é, o número de profissionais atuantes para a população existente, foi calculada a Taxa de profissionais por habitantes para as Unidades da Federação.

A Tabela 9 relaciona tal taxa para as quatro profissões mais frequentes do grupo de profissionais de Atendimento à Saúde: Auxiliares, Agentes, Técnicos e Médicos, como mencionado anteriormente. Assim, nota-se que, entre os médicos, São Paulo apresenta a maior taxa por mil habitantes (5,14), isto é, existem, em média, cinco médicos para atender um conjunto de mil pessoas, enquanto o estado de Maranhão possui a menor taxa (1,35). No caso dos Auxiliares, no Distrito Federal é onde se encontra a maior taxa por mil habitantes (2,74), e, no Pará, a menor (0,46). Entre os Agentes, a menor taxa por mil habitantes é no Distrito Federal (0,55) e a maior, no estado de Tocantins (3,48). Roraima se destaca na relação Técnicos por mil habitantes, com 5,64. O Ceará tem, no caso destes profissionais, uma taxa de 1,84.

Dada a desigualdade social existente no Brasil, é de se esperar que a Taxa de profissionais por habitantes seja heterogênea entre as Unidades Federativas e, também, dentro dos seus limites geográficos, isto é, entre seus municípios. No estado do Pará, onde a taxa de Auxiliares por habitantes é de 0,46, há um tipo de profissional, os Auxiliares de Enfermagem, que não estão presentes em 36 municípios do estado e mais de 50% dos municípios paraenses tem, no máximo, dez destes profissionais.

No caso dos Médicos Clínicos, um tipo de profissional da categoria “Médicos”, comparando o Maranhão e São Paulo, que possuem a menor e a maior taxa de médicos por mil, tem-se que, no Maranhão, há 13 municípios sem nenhum médico clínico, o que representa aproximadamente 6,0% dos municípios e apenas cinco municípios possuem mais de 50 destes profissionais, a saber: Timon, Caxias, Imperatriz, São José do Ribamar e São Luís. A maioria dos municípios do estado do Maranhão possui entre dois e dez médicos. Já no estado de São Paulo, 4,5% dos municípios (29) não possuem esse tipo de profissional. Contudo, há pouco mais de 25,0% dos municípios com mais de 50 destes profissionais no estado.

Em se tratando de Técnicos de Enfermagem, no estado de Roraima, todos os municípios possuem mais de dez desses profissionais, o que difere do Ceará que possui, aproximadamente, 37,0% dos municípios com até dez profissionais (em três deles faltam técnicos de enfermagem).

Entre os Agentes, o Agente Comunitário de Saúde é o profissional encontrado com mais frequência nos municípios. O estado do Tocantins que apresentou taxa muito superior a menor taxa encontrada, que foi no Distrito Federal, respectivamente, 3,48 e 0,55. Em Tocantins, todos os municípios apresentam no mínimo dois agentes comunitários de saúde.

Além da dificuldade de um contingente de profissionais adequado nas diversas localidades do país, que gera a demanda de judicialização por parte do cidadão que necessita de uma especialidade médica, há também um contexto de estrutura heterogênea nas regiões do país para os diversos serviços de saúde prestados pelos entes federados.

**Tabela 9 - Taxa de Profissionais de Atendimento à Saúde mais frequentes por mil habitantes por Unidade da Federação**

Estados	Taxa Auxiliar	Taxa Agente	Taxa Médico	Taxa Técnico
AC	0,96	2,82	1,86	3,25
AL	1,62	2,74	2,54	2,05
AM	1,11	2,75	1,76	3,41
AP	1,02	2,20	1,36	4,46
BA	0,94	2,61	2,73	2,74
CE	1,28	2,38	2,34	1,84
DF	2,74	0,55	4,53	4,79
ES	1,08	1,81	4,25	3,91
GO	0,80	1,93	3,04	2,95
MA	0,80	3,06	1,35	2,77
MG	1,37	2,30	4,86	3,61
MS	1,21	2,78	3,57	3,16
MT	0,84	2,31	2,66	3,26
PA	0,46	2,41	1,59	2,36
PB	0,96	2,86	2,66	2,84
PE	1,25	2,29	2,94	3,09
PI	1,48	2,93	2,03	2,71
PR	1,55	1,54	4,25	2,75
RJ	1,33	1,54	4,03	3,63
RN	1,33	2,45	2,76	2,96
RO	1,26	2,26	2,33	3,34
RR	1,70	3,09	2,32	5,64
RS	0,95	1,24	5,13	4,10
SC	0,92	1,67	4,90	3,47
SE	2,19	2,68	3,23	2,08
SP	2,34	0,98	5,14	2,98
TO	1,09	3,48	2,40	4,56
<b>TOTAL</b>	<b>1,44</b>	<b>1,90</b>	<b>3,80</b>	<b>3,12</b>

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

A próxima seção buscará apresentar um panorama acerca dos serviços de saúde prestados – atendimentos ambulatoriais e procedimentos de alta complexidade – bem como das estruturas existentes – unidades de atendimento – registrados pelo Ministério da Saúde no período de janeiro de 2019 a outubro de 2020. A partir de um retrato sobre a situação desses registros no país, serão analisadas as respostas enviadas pelos órgãos municipais e estaduais e do Distrito Federal, no que se refere à existência de profissional do direito ou setor jurídico específico para lidar com demandas judiciais de saúde. Desse modo, pretende-se verificar se existem relações observáveis, por municípios, Unidades da Federação e Distrito Federal, entre as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e a presença de estruturas especializadas para lidar com as judicializações por parte das secretarias.

## 4.2 CAPACIDADE INTERNA PARA TRABALHAR DEMANDAS DE SAÚDE/JUDICIAIS

Os dados que compõem o panorama sobre serviços de saúde apresentado a seguir são provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS. Ele foi criado em 1992 e implantado em 1994 nas Secretarias Estaduais de Saúde, e, em 1996, nas Secretarias Municipais de Saúde. Por meio de alguns instrumentos, como o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), o prestador de serviço vinculado ao SUS registra o atendimento realizado no estabelecimento de saúde de caráter ambulatorial com informações do paciente, dos procedimentos realizados e do estabelecimento de saúde. O SIA visa subsidiar os gestores municipais e estaduais com informações nas etapas de planejamento, regulação, avaliação e controle dos procedimentos de saúde no âmbito ambulatorial (Ministério da Saúde, 2009).

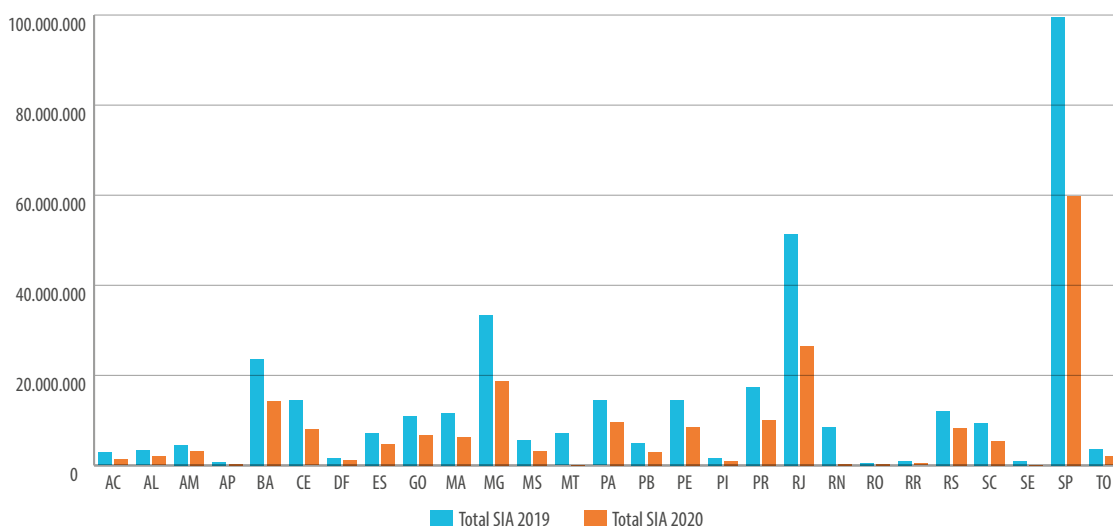
O SIA registrou um total de 367.663.729 procedimentos ambulatoriais no ano de 2019 e 213.520.566 no ano de 2020, uma redução, portanto, de 41,9%. Em ambos os períodos, as unidades federativas mais demandantes foram São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Minas Gerais (MG) e Bahia (BA). Juntas, elas responderam por 56% dos procedimentos ambulatoriais registrados em 2019 e 2020.

Rondônia (RO) e Amapá (AP) aparecem com os menores quantitativos de procedimentos ambulatoriais registrados em ambos os períodos. O estado do Rio Grande do Norte (RN) teve maior queda de registro de tais procedimentos entre 2019 e 2020 (-59,2%), seguido de Acre (-54,2%), Amapá (-52,2%) e Roraima (-50,9%), (Gráfico 6).

A fim de comparar o quantitativo total de procedimentos em relação ao tamanho da população da UF, calculou-se a Taxa SIA/População para os anos de 2019 e 2020. Como apresenta o Gráfico 7, as maiores taxas correspondem, em ordem decrescente, aos estados do Acre (AC), Rio de Ja-

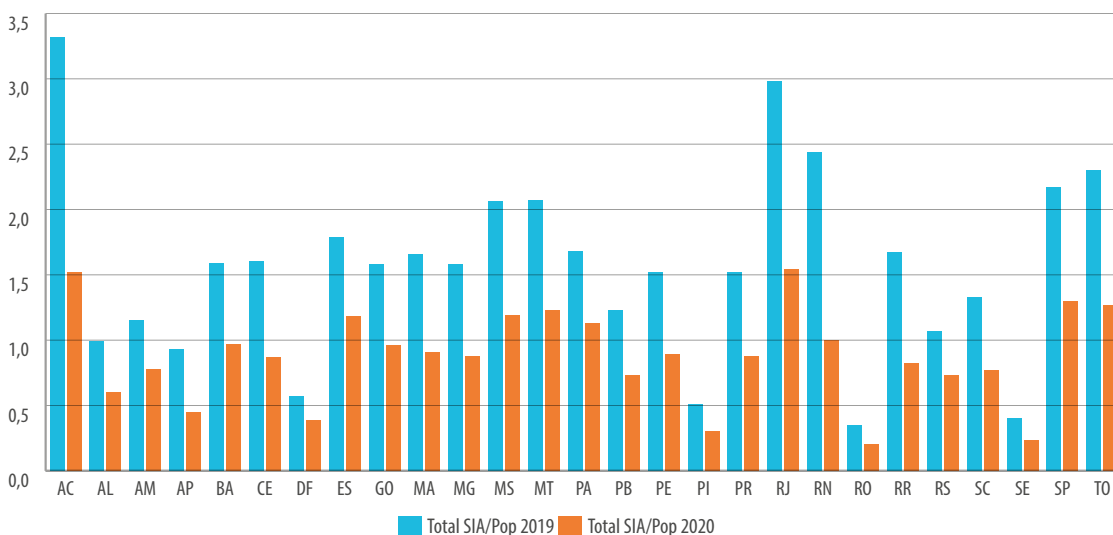
neiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Tocantins (TO) e São Paulo (SP). Apesar de o estado de São Paulo registrar maior número absoluto de procedimentos ambulatoriais, proporcionalmente à sua população, a taxa aparece como a quinta maior do Brasil em 2019 e terceira maior do Brasil em 2020. Já o Rio de Janeiro tem a maior taxa de 2020 (1,54), seguido do Acre (1,52).

**Gráfico 6 - Comparativo anual do total de procedimentos ambulatoriais por UF**



Fonte: SIA/Ministério da Saúde, 2020

**Gráfico 7 - Comparativo anual da Taxa SIA/População por UF**

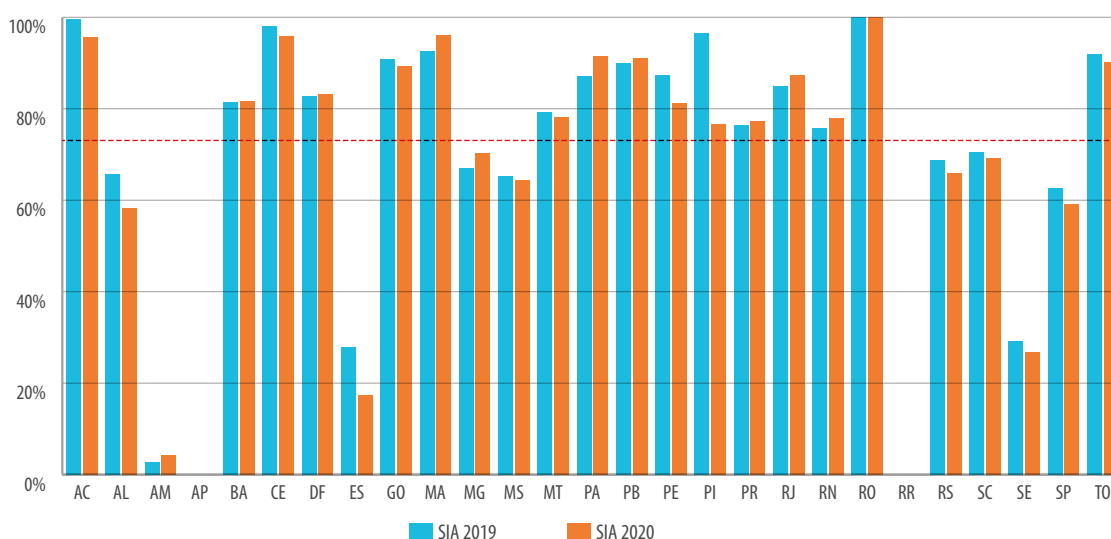


Fonte: SIA/Ministério da Saúde, 2020



Dentre os procedimentos ambulatoriais realizados em 2019 e 2020, em média 73,7% e 72,2%, respectivamente, foram feitos sob incentivo financeiro do Ministério da Saúde. Como aponta o Gráfico 5, dez Unidades da Federação obtiveram menos incentivo que a média brasileira (73%). Foram elas: Alagoas (AL), Amazonas (AM), Amapá (AP), Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), Mato Grosso do Sul (MS), Roraima (RR), Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), Sergipe (SE) e São Paulo (SP), com destaque para Amazonas (3,6% média), Amapá e Roraima (0%). A maior redução encontrada no comparativo dos anos de 2019 e 2020 ocorreu no Piauí, com 20% a menos de procedimentos ambulatoriais sob incentivo do Ministério da Saúde.

**Gráfico 8 - Comparativo de procedimentos ambulatoriais realizados sob incentivo do MS por UF**



Fonte: SIA/Ministério da Saúde, 2020

A Tabela 10 apresenta os sete municípios brasileiros com maiores registros ambulatoriais em 2019 e 2020, o percentual de incentivos do Ministério da Saúde para realização dos procedimentos e as taxas SIA em relação à população nos anos de 2019 e 2020.

Os municípios com maiores quantidades de informações ambulatoriais no Brasil em 2019 e 2020 foram Rio de Janeiro (RJ) e Salvador (BA), cujos registros foram cerca de 12 milhões e 8 milhões em ambos os períodos, respectivamente. Macaé (RJ), que registrou cerca de 6 milhões em 2019 e 2,5 milhões em 2020, teve uma taxa SIA/População muito superior aos demais municípios (29,10 em 2019 e 12,24 em 2020) em razão do seu tamanho populacional (cerca de 206 mil habitantes) cerca de dez vezes menor que as cinco capitais brasileiras apresentadas.

É natural que haja maior quantidade de informações ambulatoriais em capitais como Rio de Janeiro, Salvador, Fortaleza, São Paulo e Belo Horizonte, já que o contingente populacional é maior

e se encontram em Unidades Federativas que contam com maior infraestrutura dos serviços de saúde: variedade e quantidade de profissionais (como demonstrado na seção 4.5 deste relatório), estabelecimentos de saúde públicos e privados integrantes do SUS, ampla oferta de procedimentos e tratamentos para atender a população residente na capital e em municípios vizinhos.

Segundo a REGIC (IBGE, 2020), uma das mais frequentes movimentações de pessoas na rede urbana, com deslocamento entre municípios, é em virtude da procura por serviços de saúde. Ademais, as capitais são mais procuradas em casos de procedimentos de alta complexidade, sendo o deslocamento médio entre o município de residência e o município fornecedor do serviço ser de 155 km (o dobro dos deslocamentos para casos de média complexidade).

Alguns municípios medianos brasileiros fazem parte de aglomerados urbanos e funcionam como polo de distintas atividades – trabalho, estudo, saúde – e acaba por atrair populações de municípios vizinhos para residência ou para deslocamentos diários. A metropolização do município de Macaé – em função da sua industrialização – pode explicar o alto volume de informações ambulatoriais em 2019 e 2020, colocando a cidade na 5ª posição no ranking do SIA.

**Tabela 10 - Comparação das sete cidades com maior quantidade total SIA, percentual de incentivo do Ministério da Saúde para realização dos procedimentos e taxa SIA/População em 2019 e 2020**

UF	Município	População	Incentivo MS 2019	Incentivo MS 2020	Total SIA 2019	Total SIA 2020	Taxa 2019	Taxa 2020
RJ	Rio de Janeiro	6.320.446	100%	100%	11.972.237	7.985.207	1,89	1,26
BA	Salvador	2.675.656	73,6%	73,7%	11.627.175	7.401.839	4,35	2,77
SP	São Paulo	11.253.503	30,8%	23,1%	9.094.227	5.963.830	0,81	0,53
MG	Belo Horizonte	2.375.151	44,7%	47,9%	7.967.997	4.609.362	3,35	1,94
RJ	Macaé	206.728	100%	100%	6.015.799	2.531.061	29,10	12,24
RJ	Duque De Caxias	855.048	100%	100%	5.592.296	1.462.616	6,54	1,71
CE	Fortaleza	2.452.185	100%	100%	5.009.116	3.174.625	2,04	1,29

Fonte: SIA/Ministério da Saúde, 2020

Uma vez apresentadas as informações sobre atendimentos de saúde realizados, a seguir serão analisados os dados sobre estruturas de saúde existentes nos municípios e Unidades da Federação, utilizando-se como parâmetro as contagens de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), de Serviços de Atendimento Domiciliar (ou Atenção Domiciliar) do Sistema Único de Saúde e de profissionais de saúde em estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

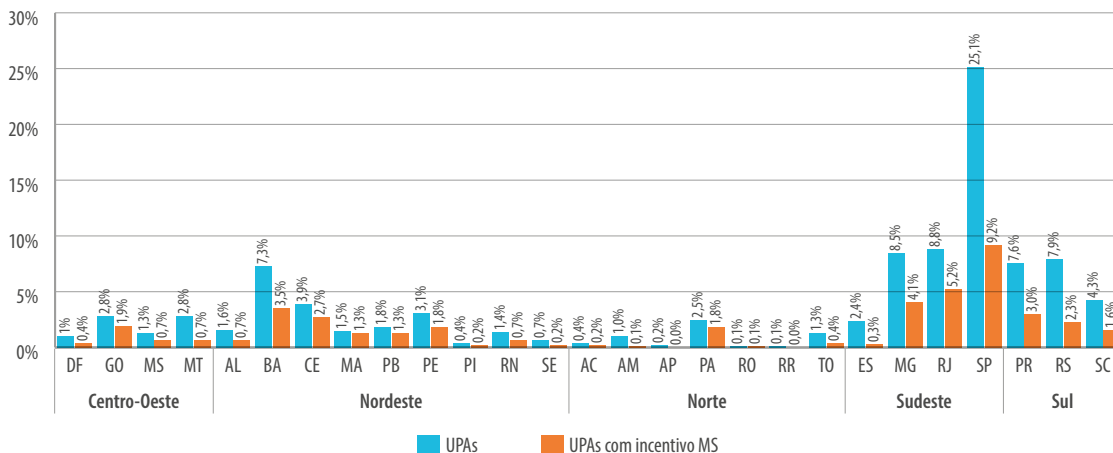
Segundo o Ministério da Saúde (2013), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) compõem uma rede integrada de atenção às urgências e emergências, acolhendo os pacientes e encaminhando-os para os serviços de atenção básica ou hospitalar, quando necessário. Situa-se, portanto, entre os serviços das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a rede hospitalar. Funciona 24 horas por dia e sete dias por semana.

Conforme os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Sudeste é a região brasileira com maior quantidade de UPAs (44,9%), seguido do Nordeste (21,7%) e Sul (19,8%). Tal serviço parece ser deficitário na região Norte, onde concentra apenas 5,6% das UPAs de todo o país.

O Gráfico 9 exibe a proporção das UPAs nas Unidades Federativas (UF), bem como o percentual de UPAs que recebe incentivo do Ministério da Saúde em cada uma das UFs. São Paulo é o estado com maior incidência de UPAs em todo o Brasil (25,1%, o que corresponde a 336 Unidades), sendo que apenas 9,2% delas recebe subsídio do Ministério da Saúde. Bem distantes do estado de São Paulo, estão os estados do Rio de Janeiro (8,8%), Minas Gerais (8,5%), Rio Grande do Sul (7,9%), Paraná (7,6%) e Bahia (7,3%). Dentre esses, o Rio Grande do Sul é o que tem menos UPAs subsidiadas pelo Ministério da Saúde (29,2% delas), enquanto o Rio de Janeiro chega a ter 60% de UPAs sob incentivo do Ministério da Saúde. As demais Unidades da Federação não possuem mais do que 5% de UPAs de todo o território nacional. De forma oposta, a região Norte possui apenas 5,6% das Unidades de todo o país, o que representa 75 UPAs. De 14 UPAs presentes no estado do Amazonas, apenas uma recebe incentivo, enquanto Amapá e Roraima, detentoras de três e uma UPAs, respectivamente, não desfrutam desse incentivo por parte do Poder Executivo.

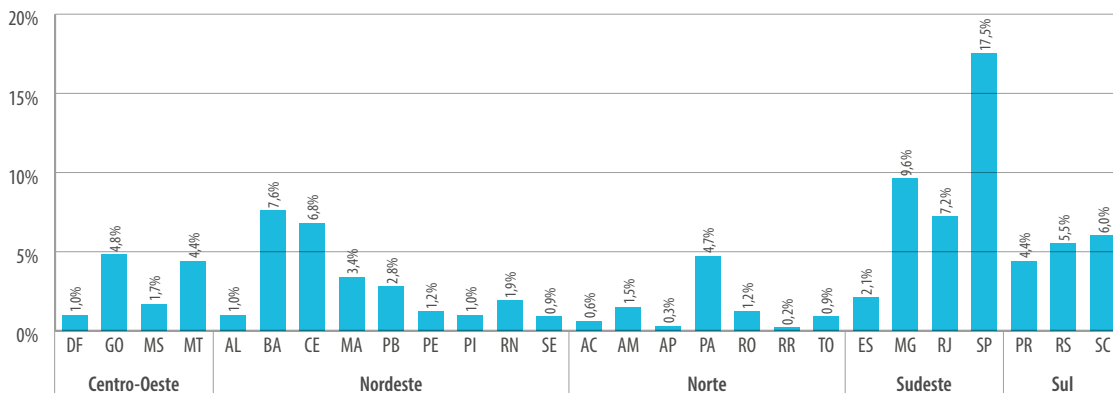
De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o Serviço de Atendimento Domiciliar (ou Atenção Domiciliar) do Sistema Único de Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações realizadas na casa do paciente, de forma a promover saúde, prevenir e tratar doenças. Seu grande benefício é evitar hospitalizações desnecessárias e diminuir o risco de infecções. Como se observa no Gráfico 10, esse tipo de serviço também é mais incidente na região Sudeste (36,5%), seguida da região Nordeste (26,5%). A região Norte também é a mais carente nos serviços de Atendimento Domiciliar (9,2% das UPAs do Brasil). As Unidades da Federação com maior representatividade dos Serviços de Atenção Domiciliar continuam sendo os das regiões Sudeste e Sul.

**Gráfico 9 - Percentual das Unidades de Pronto Atendimento e das Unidades de Pronto Atendimento que possuem incentivo do Ministério da Saúde por região e Unidade Federativa, 2019 e 2020**



Fonte: SIA/Ministério da Saúde, 2020

**Gráfico 10 - Percentual de UPAs com serviço de Atendimento Domiciliar por região e Unidade Federativa, 2019 e 2020**



Fonte: SIA/Ministério da Saúde, 2020

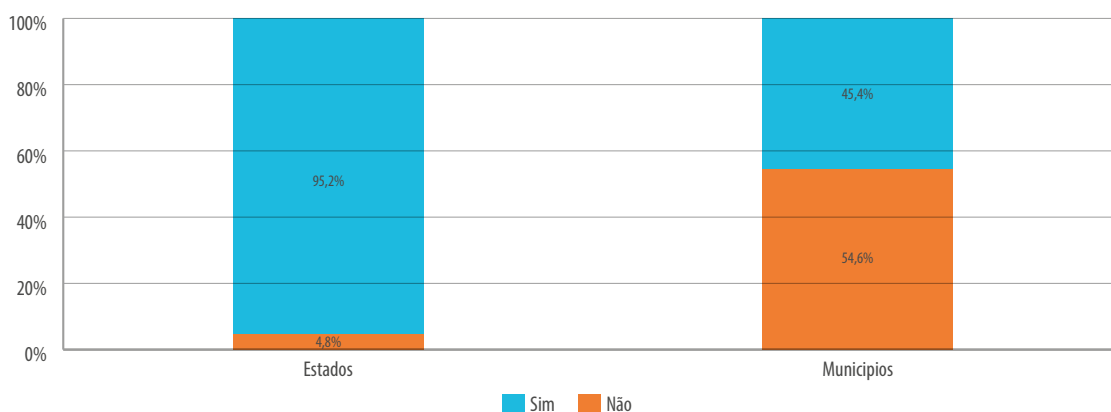
Como pôde ser observado a partir das taxas referentes aos procedimentos realizados, as maiores concentrações de atendimentos ambulatoriais encontram-se distribuídas entre estados de diferentes regiões do Brasil – Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Como será abordado em algum ponto deste relatório, maior demanda por serviços de saúde não implica em disponibilidade de estruturas ou de profissionais. Neste quesito, os estados do Sudeste tendem a apresentar os indicadores mais positivos, em termos de disponibilidade de unidades de atendimento ou de profissionais de saúde, muito embora não concentrem automaticamente uma maior parcela de demandas.

Uma outra questão presente na pesquisa interroga sobre a presença de setor ou procurador com competência exclusiva para o atendimento das demandas de saúde no município ou Unidade da Federação. Em tese, a manutenção de estrutura ou pessoa especializada na condução dos trâmites burocráticos, no âmbito do executivo, tornaria mais efetivas e ágeis as respostas da administração pública frente ao processo de crescente judicialização da saúde.

Aqui, pode-se verificar se as secretarias estaduais e municipais com maiores concentrações de dados de atendimentos ambulatoriais e procedimentos de alta complexidade, bem como com maior disponibilidade de profissionais, apresentam estrutura ou profissional especializado na condução das demandas judiciais. De outro lado, pode-se observar se essa é uma realidade para aqueles órgãos que sofrem com altas demandas por serviços de saúde e baixo número de profissionais.

O Gráfico 11 abaixo ilustra, com base nas informações extraídas dos questionários aplicados, uma notória desigualdade na disponibilidade de aparatos institucionais como esses por parte das secretarias municipais e estaduais. Enquanto em apenas uma das secretarias estaduais respondentes, do Piauí, não existe setor ou pessoal especializado no atendimento das demandas de saúde, mais da metade dos executivos municipais não contam com esse aparato institucional e, deste grupo, mais de 60,0% estão localizados na região Sudeste. Pode-se verificar então que há, em geral, a presença de estrutura especializada para encaminhamento e tratamento das demandas judiciais por saúde no âmbito das secretarias estaduais, mas não nas municipais.

**Gráfico 11 – Existência de gerência ou procurador para demandas judiciais de saúde por Secretaria de Saúde**

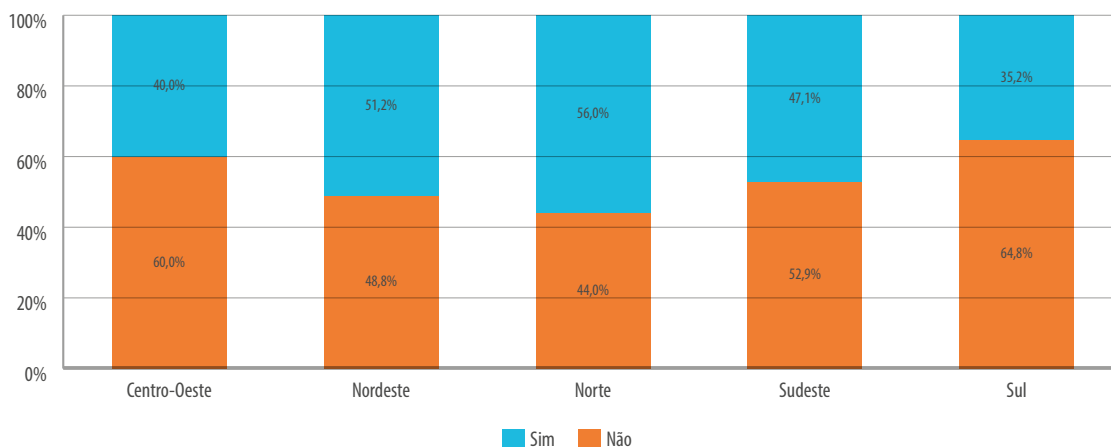


Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Observando-se a distribuição de aparato jurídico especializado nas secretarias municipais respondentes, constata-se que, com exceção dos municípios presentes na região Sul – cujo maior

percentual de respondentes (64,8%) declarou não possuir gerência de saúde ou procurador específico para trabalhar nas demandas judiciais de saúde –, e os da região Norte – os quais apresentam maior percentual (56%) de presença deste tipo de aparato institucional –, nas demais regiões do Brasil, essa distribuição se dá de forma bastante aproximada aos dos percentuais apresentados no gráfico acima.

**Gráfico 12 – Existência de gerência ou procurador para demandas judiciais de saúde nas Secretarias de Saúde Municipais por Região Geográfica**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

À guisa de ilustração sobre a aparente falta de relação, a partir dos dados aqui apresentados e das limitações amostrais dos questionários aplicados, entre demandas por serviços de saúde e presença de estrutura ou serviços jurídicos especializados no âmbito das secretarias municipais de saúde, tomemos os municípios de Belo Horizonte (MG) e de Macaé (RJ) como exemplos. Ambos se encontram posicionados entre as sete cidades com maior quantidade total de atendimentos de saúde, percentual de incentivo do Ministério da Saúde para realização dos procedimentos e taxa SIA/População em 2019 e 2020, segundo apresentado em análise anterior. Macaé, inclusive, é a cidade com liderança nesse indicador. Ainda que com altos registros de atendimentos, a sua secretaria municipal de saúde declarou, em formulário de pesquisa aplicada, não possuir um setor especializado para tratar das demandas por judicialização. Já a de Belo Horizonte afirmou contar com esse aparato institucional.

Considerando que a organização de filas de espera é um processo que visa garantir um acesso justo aos serviços de saúde, o questionário aplicado junto às Secretarias de Saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal também buscou mapear a existência de atos normativos destinados à organização de demandas para a prestação de serviços. A próxima seção abordará esta temática.

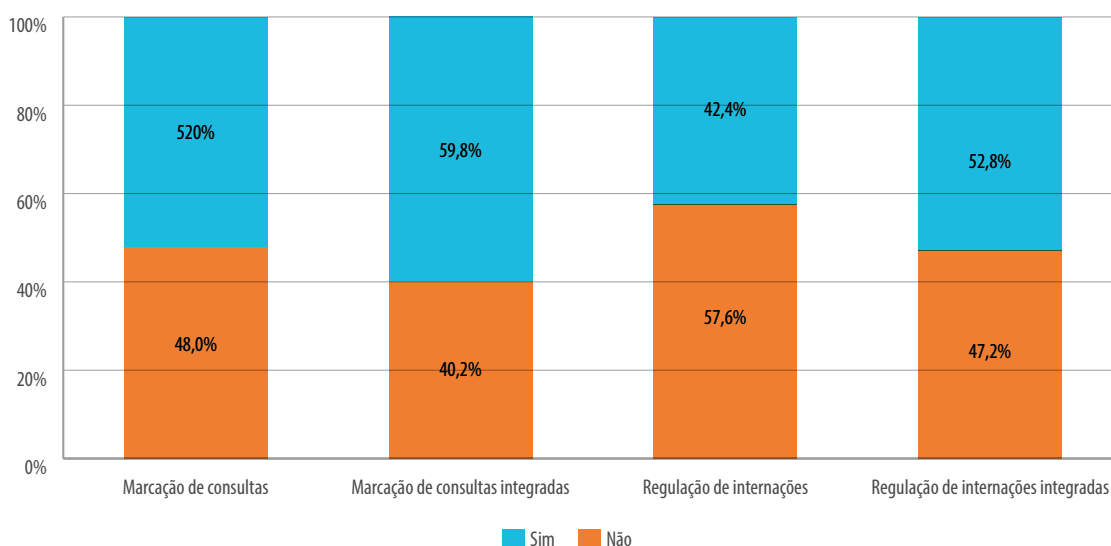
### 4.3 INSTRUMENTOS LOCAIS PARA O CONTROLE DE SOLICITAÇÕES

Diante da relevância em mapear algumas das diligências assumidas pelas secretarias dos entes federados no que se refere aos procedimentos e rotinas de atendimento e transparência, nesta parte do relatório serão abordados os tópicos da pesquisa que versaram sobre a existência de atos normativos para marcação de consultas e regulação de internações, bem como possibilidade de consulta pública ao quantitativo de demandas ajuizadas.

Serão abordados também, como fonte de contextualização sobre a gama de demandas absorvidas pelo sistema de saúde, os dados públicos, fornecidos pelo Ministério da Saúde, referentes às autorizações para internações hospitalares de alta e média complexidade, realizadas nos anos de 2019 e 2020.

Entre as secretarias municipais de saúde participantes do referido levantamento, conforme o Gráfico 13, 52% afirmaram possuir ato normativo para marcação de consultas, e 59,8% indicaram que existe, no município, ato normativo para regulamentar a marcação de consultas de maneira integrada com outros municípios. Em relação à existência de ato normativo regulador de internações, 42,4% das secretarias afirmaram possuí-lo, enquanto 52,8% das secretarias indicaram que existe ato normativo regulador de internação de maneira integrada com outros municípios.

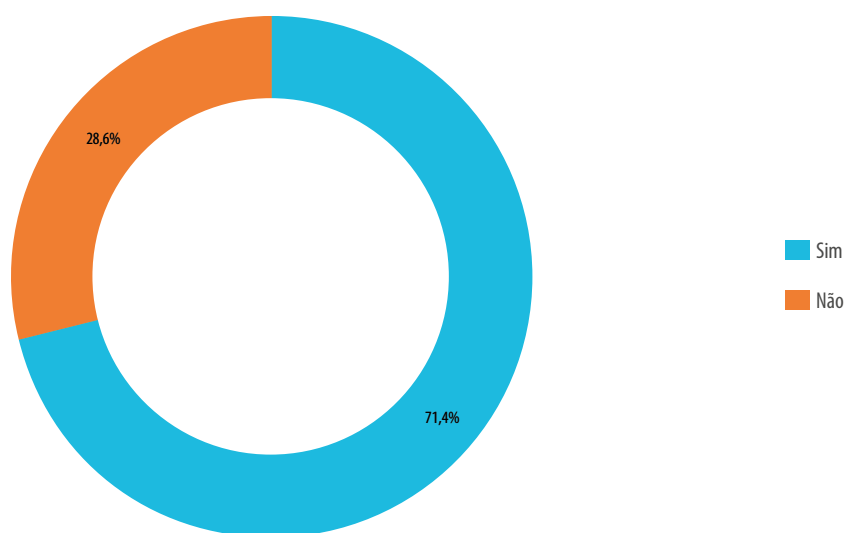
**Gráfico 13 - Secretarias Municipais – Existência de ato normativo para marcação de consultas e regulação de internações, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

O Gráfico 14 a seguir diz respeito à existência de ato normativo que regule a marcação de consultas (fila de espera reguladora) nas secretarias estaduais de saúde. Depreende-se que, dos respondentes, 71,4% (o correspondente a 15) afirmam que há ato normativo regulador de marcação de consultas. Tal fato é um dado bastante positivo, considerando que a presença fila de espera para consultas leva à maior organização e integração dos sistemas de saúde, como ressaltado anteriormente. Os demais estados (28,6%, o que corresponde a seis respondentes) que afirmaram não apresentar tal mecanismo são Amapá, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Piauí e Rondônia. Os dois municípios do Piauí que responderam ao questionário também afirmaram não ter ato normativo para essa situação e da Paraíba, dos oito respondentes, apenas um afirmou ter o ato normativo: Catolé do Rocha.

**Gráfico 14 - Secretarias Estaduais – Existência de ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas no âmbito da Unidade da Federação, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

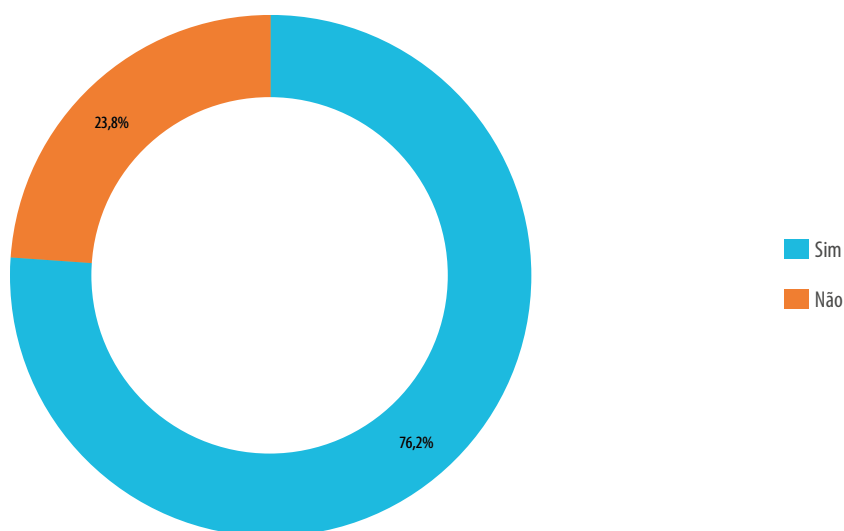
O Gráfico 15 ilustra as respostas obtidas sobre existência de ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar entre as secretarias estaduais de saúde. As respostas apresentaram um padrão similar ao da pergunta sobre existência de ato normativo sobre regulação da marcação de consultas. Assim, entre os respondentes, 76,2% (o correspondente a dezesseis Unidades Federativas) afirmaram que há ato normativo de regulação de internação hospitalar. Tal dado também se mostra promissor, considerando-se a inferência de que há uma integração e um sistema lógico e sequencial da disponibilidade de leitos e de consultas para a população. Do outro lado, os estados que afirmaram não possuir tal ato administrativo foram Amapá, Maranhão, Paraíba, Rondônia e Tocantins, totalizando 23,8% das secretarias estaduais participantes do levantamento. No caso de Tocantins, das quatorze secretarias municipais respondentes, dez não possuem o ato normativo e, na Paraíba, todas as secretarias municipais confirmaram não ter



o dispositivo. Contudo, não existe uma exclusividade para estes quatro estados. Há municípios de diversos estados brasileiros que afirmaram que não possuem o ato normativo.

Outro dado importante de se observar é que, dos entes que afirmam possuir procedimento que regule marcação de consultas, apenas o Tocantins não possui um ato regulador para fila de espera com vistas às internações.

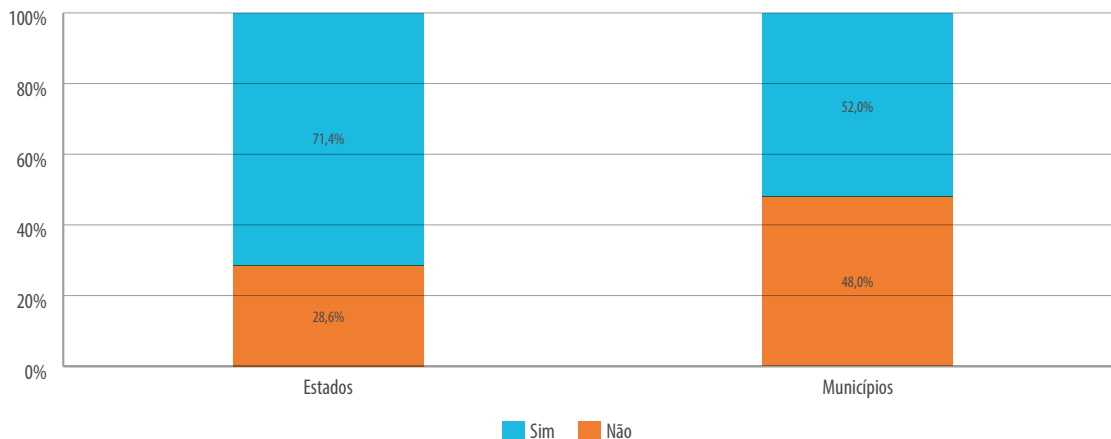
**Gráfico 15 - Secretarias Estaduais – Existência de ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar no âmbito da Unidade Federativa, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

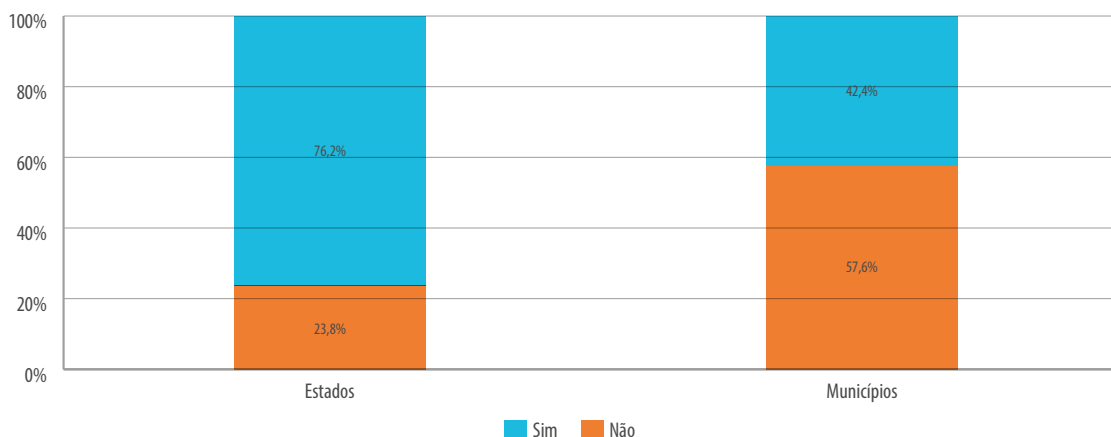
Nos gráficos 16 e 17 são apresentadas, de forma comparativa, as proporções de respostas declaradas pelas secretarias de saúde dos entes federados no que se refere à disponibilidade de atos normativos que estabeleçam regulação da marcação de consultas e regulação da internação hospitalar. Constatou-se, desse modo, que há uma absorção desses instrumentos administrativos de maneira mais abrangente pelas secretarias estaduais.

**Gráfico 16 - Existência de ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas no âmbito da entidade federativa, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Gráfico 17 - Existência de ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar no âmbito da entidade federativa, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

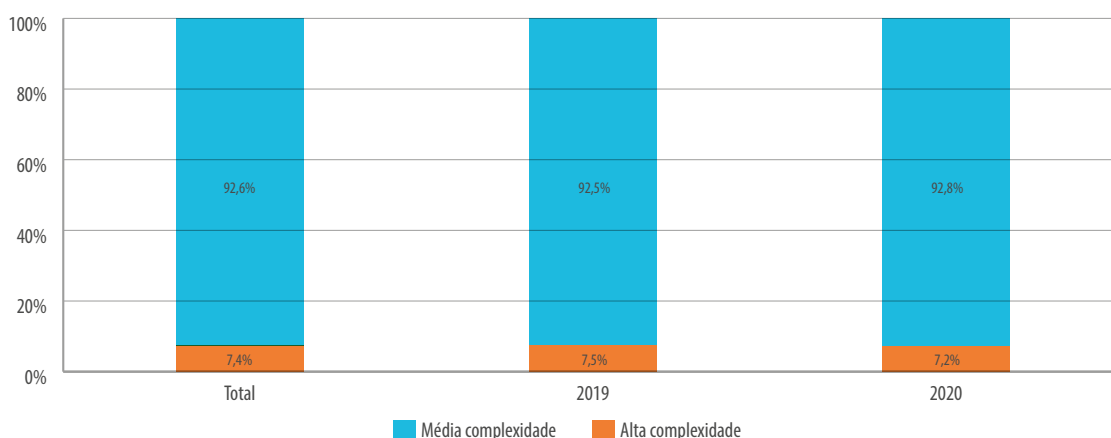
Nos parágrafos seguintes serão apresentados resultados sobre notificações de internações hospitalares nos sistemas de saúde. O propósito é o de fornecer um panorama acerca das demandas por serviços de saúde de relativa e alta gravidade. Como poderá ser observado, ainda que com uma queda em termos de frequências anuais de registro, as demandas por prestação de atendimentos dessa natureza são bastante desafiadoras para as administrações estaduais e municipais e do Distrito Federal, requerendo a constituição de instrumentos e procedimentos efetivos para otimizar a oferta de atendimentos e estruturas de saúde.

As autorizações de internações hospitalares (AIH) do SUS englobam diversos tipos de procedimentos e graus de complexidade. Elas são classificadas em procedimentos de Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Atenção Básica envolve programas que oferecem consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos às comunidades, como o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal. Procedimentos de Média Complexidade caracterizam serviços cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, como, por exemplo, exames ultrassonográficos, próteses e órteses, anestesia, procedimentos traumato-ortopédico, dentre outros. Já os de Alta Complexidade envolvem serviços qualificados, alta tecnologia e alto custo, assistindo pacientes oncológicos, portadores de doença renal crônica, de obesidade, de doenças cardiovasculares e outras doenças (CONASS, 2007).

Entre janeiro de 2019 e outubro de 2020, o SUS registrou cerca de 19,5 milhões de autorizações de internações hospitalares: 11,5 milhões em 2019 e 7,9 milhões em 2020 (queda de 18,5%). Como indica o Gráfico 18, a quantidade total de autorizações de Média Complexidade (cerca de 18,1 milhões) é muito superior à de Alta Complexidade (quase 1,5 milhão), o que, corresponde, proporcionalmente, a 92,6% e 7,4%, respectivamente.

**Gráfico 18 - Comparativo da quantidade anual de AIH por Complexidade das Internações entre Janeiro/2019 e Outubro/2020**



Fonte: AIH/Ministério da Saúde, 2020

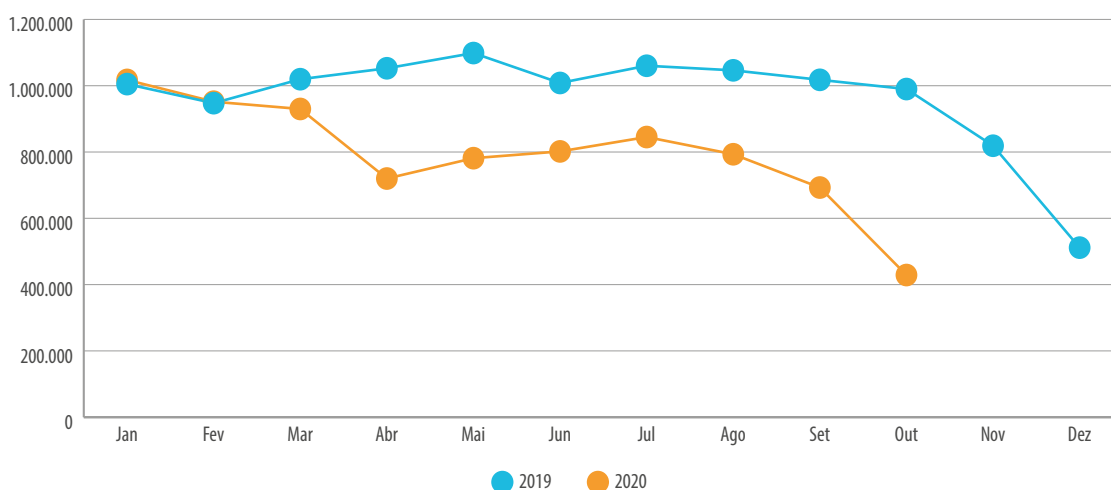
Analisando a evolução de tais números ao longo dos anos (Gráfico 19), nota-se uma significativa redução de autorizações entre o primeiro e o último mês de cada ano. Em 2019, a queda foi de 49,1% e, em 2020, de 57,9%, ainda que tenha havido um leve recrudescimento entre fevereiro e maio de 2019 de 16%, e entre abril e julho de 2020 de 17,1%. Ao final da série de

2019, percebe-se uma brusca queda entre os meses de outubro e dezembro de 64%. A redução entre julho e outubro de 2020 também se sobressai (49,3%). A quantidade de autorizações se diferencia quanto às complexidades das internações: enquanto a Média teve cerca de 820 mil autorizações entre janeiro de 2019 e outubro de 2020, a Alta Complexidade teve, em média, 65 mil autorizações no mesmo período.

O fato de o ano de 2020 ter dois meses a menos na série histórica não impacta a volumetria total do ano, pois, como ilustram os Gráficos 19, 20 e 21, a quantidade mensal de AIH de Média e Alta Complexidades vem caindo desde março de 2020. A causa mais provável da redução de autorizações de internação em hospitais vem a ser a pandemia do novo coronavírus decretada no mês de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em todo o mundo. Com a proliferação do vírus em diversas camadas da população por todo o Brasil, os hospitais públicos e privados registraram alta demanda da doença Covid-19, tendo que ceder espaço físico, leitos, recursos e profissionais para o atendimento dessa enfermidade e recusar outros casos que não de Covid-19 por falta de infraestrutura. Como se verá mais à frente, a redução do número de autorizações de internação hospitalar de Alta e Média Complexidades em 2020 por outras doenças parece ser influenciado pela pandemia, uma vez que as internações por tratamento de infecção pelo novo coronavírus aumentou no período analisado.

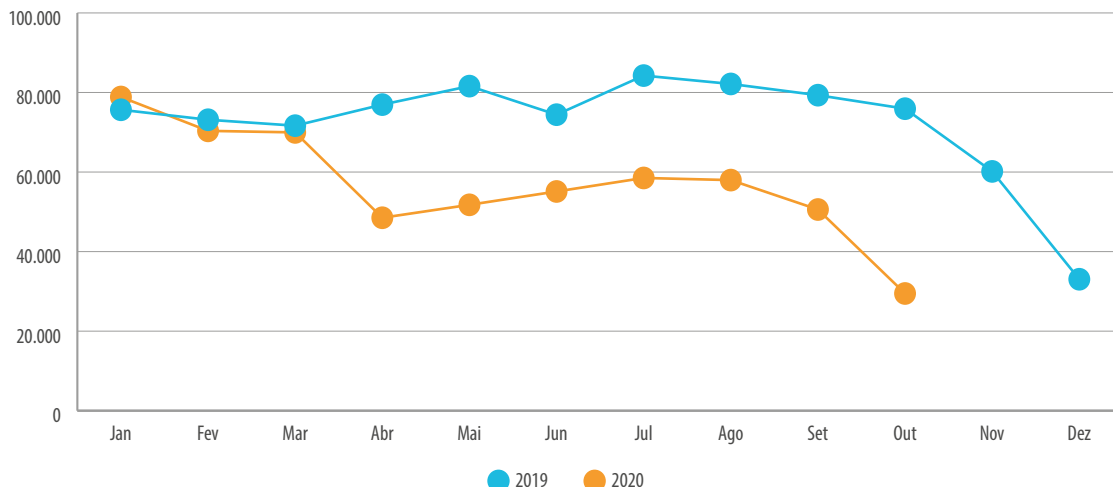
Entre janeiro de 2019 e outubro de 2020, dentre os procedimentos de Alta Complexidade, os mais frequentes foram “internação para quimioterapia de administração contínua” (total de 108.368 autorizações ou 8,13%), “procedimentos sequenciais em oncologia” (99.555 autorizações ou 7,47%), “angioplastia coronariana com implante de *stent*” (82.347 autorizações ou 6,18%), “fa-coemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável” (70.664 autorizações ou 5,30%).

**Gráfico 19 - Comparativo da quantidade mensal de AIH entre janeiro/2019 e outubro/2020**



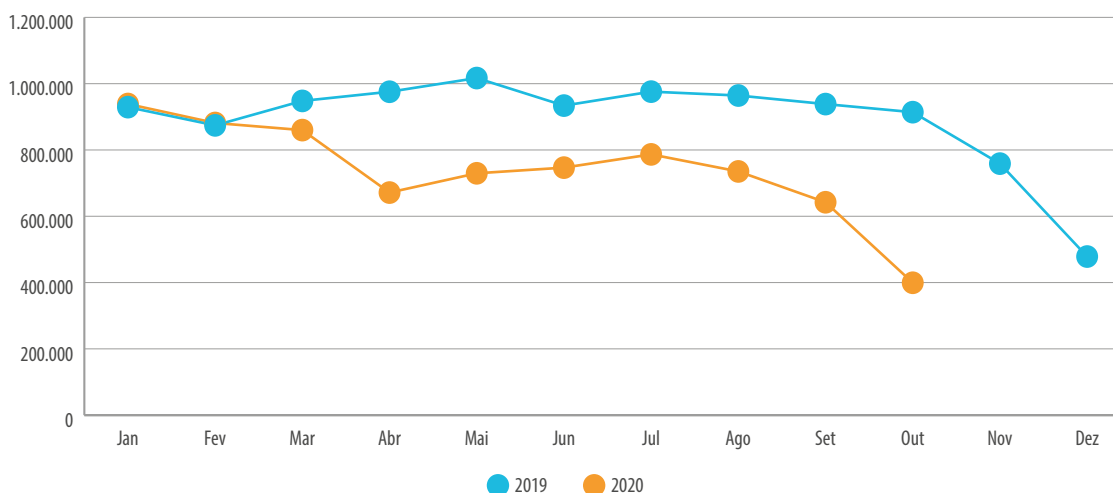
Fonte: AIH/Ministério da Saúde, 2020

**Gráfico 20 - Comparativo da quantidade mensal de AIH de Alta Complexidade entre Janeiro/2019 e Outubro/2020**



Fonte: AIH/Ministério da Saúde, 2020

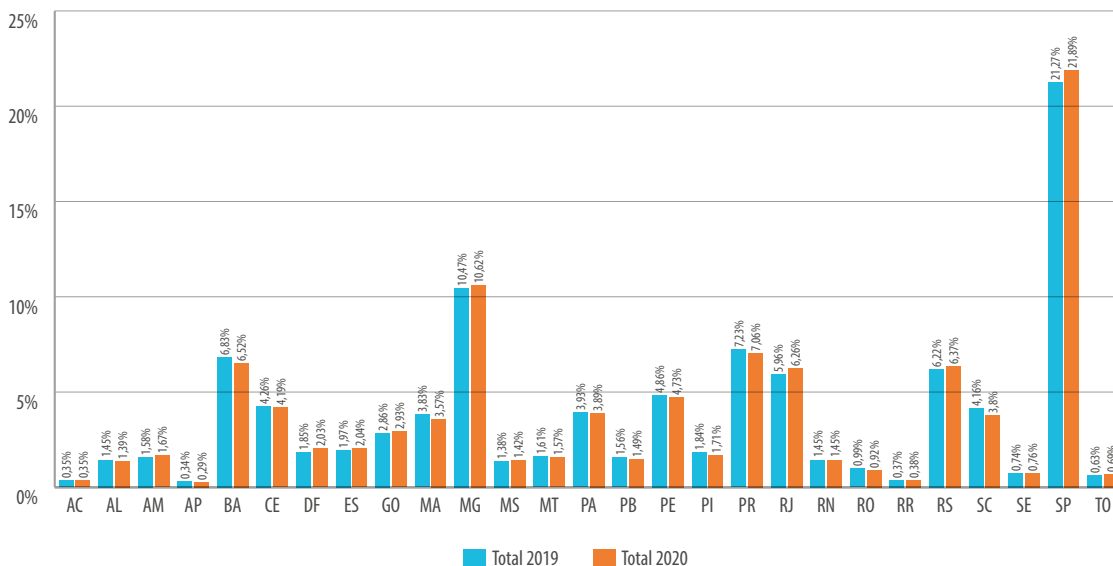
**Gráfico 21 - Comparativo da quantidade mensal de AIH de Média Complexidade entre Janeiro/2019 e Outubro/2020**



Fonte: AIH/Ministério da Saúde, 2020

Os dados do Ministério da Saúde, dos anos de 2019 e 2020, de forma geral, mostram que o estado de São Paulo (SP) registra a maior quantidade de autorizações de internação hospitalar no período considerado (média de 21,52%), seguido de Minas Gerais (média de 10,53%) e Paraná (média de 7,16%), como ilustra o Gráfico 22. Proporcionalmente, não houve redução significativa de AIH nas UFs entre os anos de 2019 e 2020. São Paulo e Minas Gerais registraram sutil aumento (0,6% e 0,15%, respectivamente).

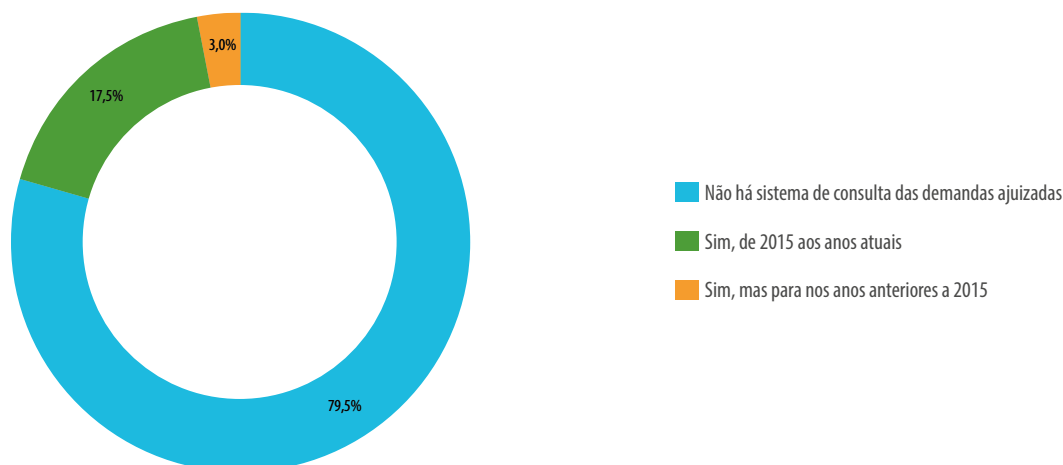
**Gráfico 22 - Comparativo do percentual de AIH por UF em 2019 e 2020**



Fonte: AIH/Ministério da Saúde, 2020

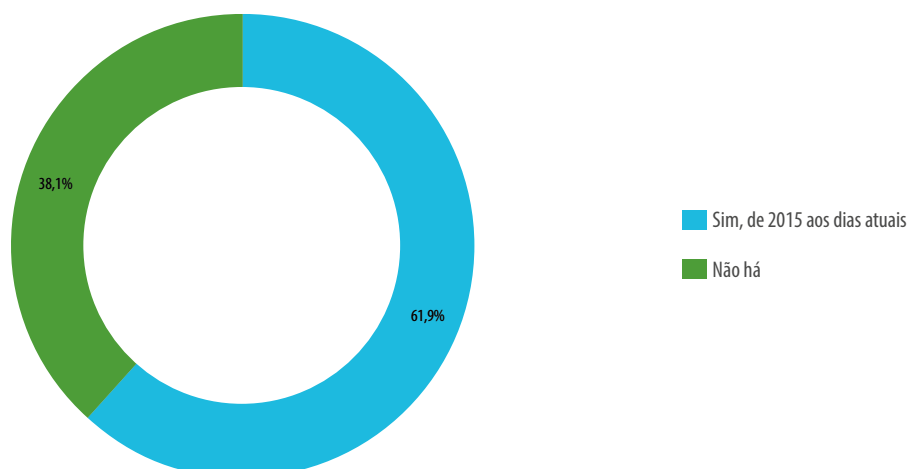
Retomando as análises sobre os questionários aplicados às secretarias de saúde, questões sobre a existência de sistema que permita a consulta do quantitativo de demandas ajuizadas em face do ente estatal. A grande maioria, 79,5% das secretarias municipais de saúde, responderam não existir tal mecanismo e outras 17,5% confirmaram a existência de sistema, mas a consulta é válida apenas para anos posteriores a 2015. Colocando-se em perspectiva de comparação as respostas declaradas pelas secretarias estaduais de saúde, temos que a maioria delas possui tal recurso desde 2015. Entre as secretarias de saúde das Unidades da Federação que enviaram resposta ao formulário aplicado, aquelas que afirmaram não possuir instrumento para consulta de demandas ajuizadas foram as seguintes: Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Maranhão, Piauí, Rondônia, Sergipe e Tocantins.

**Gráfico 23 - Secretarias Municipais – Existência de sistema de consulta do quantitativo de demandas ajuizadas, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Gráfico 24 - Secretarias Estaduais – Existência de sistema de consulta do quantitativo de demandas ajuizadas, 2020**



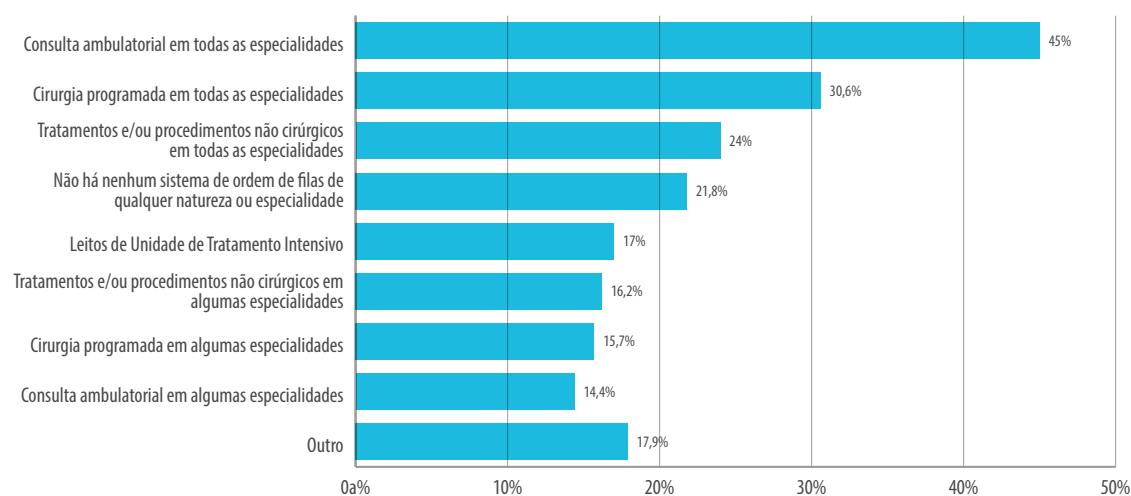
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Conforme citado anteriormente, a existência de atos normativos e de sistemas que proporcionem o controle sob a ordem das filas nos serviços prestados à população pelas unidades de saúde é de extrema importância para assegurar que, mesmo com a alta demanda, o direito à saúde se efetive. Nesse contexto, uma série de questões foi feita às secretarias de saúde visando compreender os mecanismos de controle das demandas por determinados serviços de saúde.

Quando questionados sobre a existência de controle sob a ordem das filas nos serviços prestados à população do município em questão, apenas 9,8% dos respondentes afirmaram não existir nenhum sistema de ordem de filas de qualquer natureza ou especialidade. Os municípios que se encontram nessa situação são: Itapetinga (BA), Afogados da Ingazeira (PE), São Mateus (ES), Miracema (RJ), Senador Guimard (AC), Avaré (SP), Irati (PR), Ibaiti (PR), Bom Sucesso (MG), Ariquemes (RO), Aiuruoca (MG), Açailândia (MA), Flores da Cunha (RS), Formiga (MG), Passabém (MG), Pitanga (PR), Paraíso do Tocantins (TO), Promissão (SP), Itaporanga (SP), Ipanema (MG), Linhares (ES), Araguaçu (TO), Gurupi (TO), Lima Duarte (MG), Remanso (BA), São Luiz Gonzaga (RS), Queimadas (BA), Lavras (MG), Pará de Minas (MG), Cachoeiro de Itapemirim (ES), Sacramento (MG), Wenceslau Braz (PR), Garanhuns (PE) e Patrocínio (MG) e Rondonópolis (MT).

A maior frequência de respostas, 45,0%, está relacionada a possuir controle sob a ordem das filas no que se refere às consultas ambulatoriais em todas as especialidades e, conforme apresentado no gráfico abaixo, a segunda opção mais citada (30,6%) foi o controle sob as filas de cirurgia programada em todas as especialidades.

**Gráfico 25 - Secretarias Municipais – Existência de controle sob a ordem das filas nos serviços prestados à população, 2020**

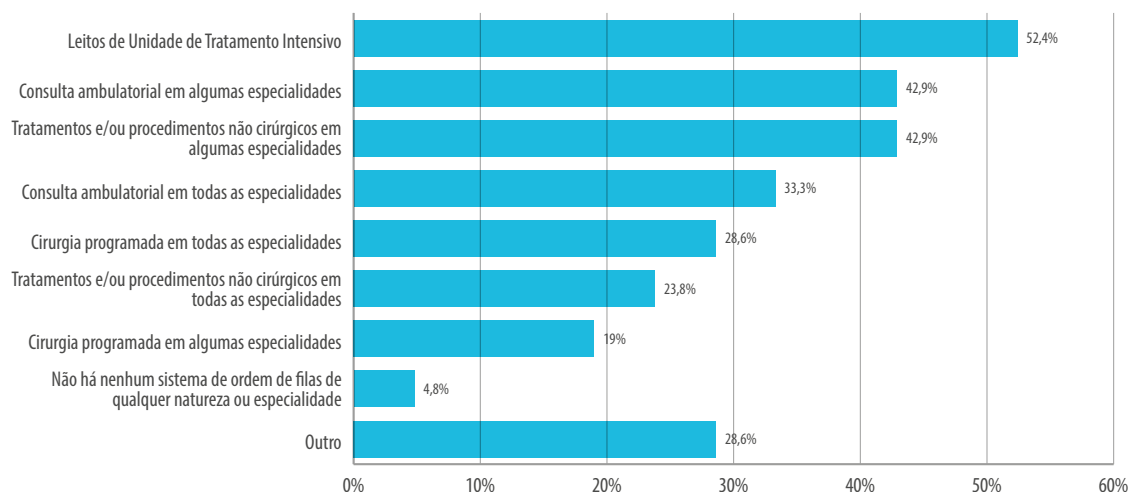


Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Quanto aos entes estaduais, as demandas por serviço de saúde em que mais se faz presente a adoção do controle de filas é na disponibilização de “Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo” e de “Consulta ambulatorial em algumas especialidades”. Apenas na Secretaria de Saúde do Amapá foi apresentada a informação de que “não há nenhum sistema de ordem de filas de qualquer natureza ou especialidade”. A opção outros teve um número expressivo de respostas. Entretanto, no formulário eletrônico não foi disponibilizado campo para preenchimento aberto dessa informação.



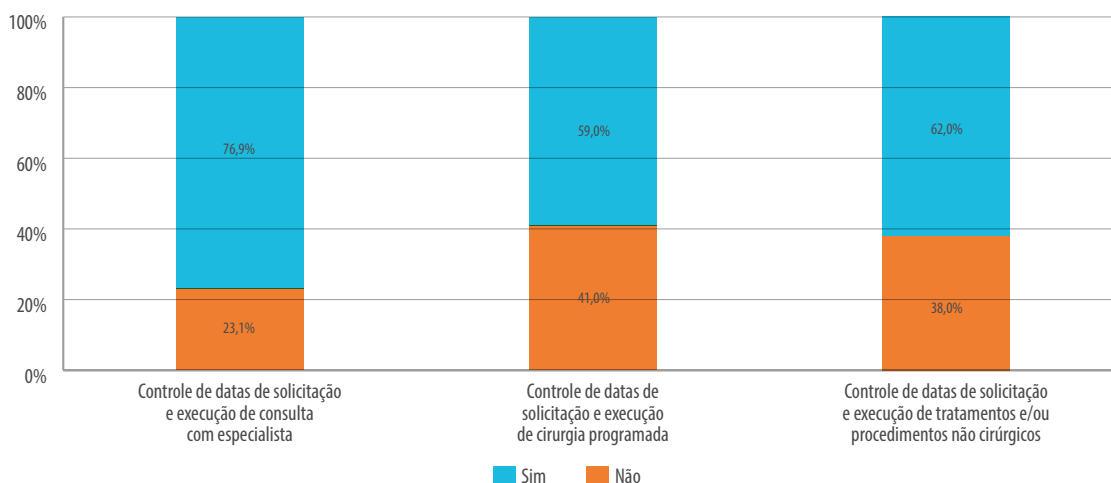
## Gráfico 26 - Secretarias Estaduais – Existência de controle sob a ordem das filas nos serviços prestados à população, 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Além disso, também foi perguntado às secretarias de saúde sobre a existência de controle da data de solicitação e data destinada para consulta com especialista, para cirurgia programada e para tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos, incluindo tratamentos medicamentosos. A maioria das secretarias municipais participantes do levantamento afirmou existir controle sob as datas destinadas às consultas com especialistas (76,9%), às cirurgias programadas (59,0%) e aos tratamentos e procedimentos não cirúrgicos (62,0%). Destaque para alguns municípios cujas secretarias de saúde declararam não existir controle de datas para consultas com especialistas no município: Boa Vista (RR), Campinas (SP), Presidente Prudente (SP), Jaú (SP), Garanhuns (PE), Poços de Caldas (MG), Diamantina (MG) e Paranaguá (PR). Outro grupo de municípios, composto também por capitais estaduais, tem maior incidência de falta de controle de datas para tratamentos e procedimentos não cirúrgicos. São eles: Curitiba (PR), Maceió (AL), Boa Vista (RR), Porto Velho (RO), Goiânia (GO), Campo Grande (MS), Uberlândia (MG), Foz do Iguaçu (PR), Araçatuba (SP), Feira de Santana (BA) e Pelotas (RS).

**Gráfico 27 - Secretarias Municipais – Existência de controle de datas de solicitação e execução de consulta com especialista, cirurgia programada e tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Com relação aos mesmos tópicos abordados no formulário direcionado às secretarias estaduais de saúde – forma de controle da data de solicitação e data destinada a consultas com especialistas –, as respostas sinalizam que a maior parte dos respondentes possuem um mecanismo de gestão para controle destas, com o quantitativo de quinze respondentes alegando que sim. Entretanto, o fato de ainda existirem seis respondentes que alegam não haver forma de controle para estas solicitações e consultas, merece a atenção, pois a não existência destes mecanismos de controle implica um menor nível de informatização.

A possibilidade de que exista formas de controle para a análise do tempo decorrido entre a solicitação e a data da consulta com especialistas é fundamental para a gestão de eficiência para os estados, formas de aperfeiçoamento e diminuição dos prazos de atendimento.

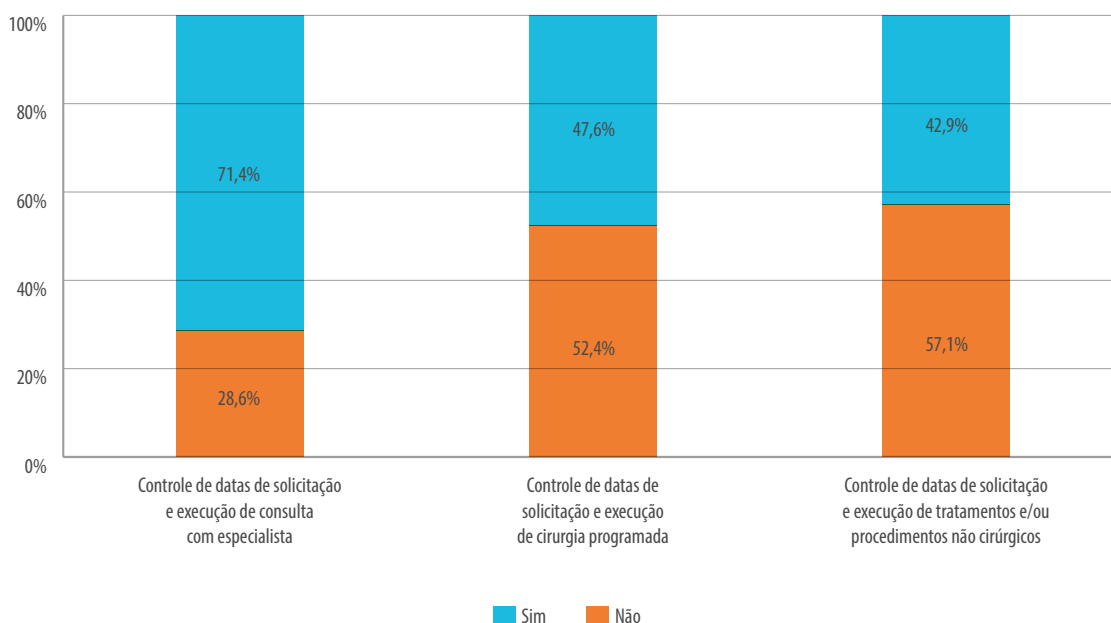
Em relação à existência de formas de controle da data de solicitação e data destinada à cirurgia programada, constatou-se que nove respondentes nas Unidades da Federação afirmam existir mecanismos de controle para estas. Entretanto, em comparação com as respostas sobre Controle da data de solicitação e data destinada para consulta com especialista, há neste caso, um maior número de entes federativos que afirmaram não possuir mecanismos de controle para estas informações, com um total de doze respondentes declarando não possuírem formas de controle para as datas de solicitação e de cirurgia programada.

As formas de controle, neste caso, se mostram ainda mais fundamentais, pois tratam-se de cirurgias programadas. A gestão e controle desses dados podem possibilitar uma maior gerência sobre o tempo e a eficiência nos sistemas estaduais.

Sobre a existência de controle da data de solicitação e data destinada para tratamentos não cirúrgicos, oito respondentes afirmaram possuir mecanismos de controle para gerir a data de solicitação e a data destinada para os procedimentos, enquanto treze responderam não existir mecanismos de controle destas.

Dessa forma, ao compararmos estes dados com as respostas sobre a existência de controle da data de solicitação e data destinada para cirurgia programada, apesar de os números serem próximos, há secretarias estaduais que possuem controle para cirurgias programadas, mas não para procedimentos não cirúrgicos. O oposto também é verdadeiro, ou seja, casos onde o estado possui um controle sobre as datas, solicitação e realização de procedimentos não cirúrgicos, mas não possuem para procedimentos cirúrgicos. Entre esses últimos, encontram-se Bahia, Rio Grande do Norte e Rio grande do Sul.

**Gráfico 28 - Secretarias Estaduais – Existência de controle de datas de solicitação e execução de consulta com especialista, cirurgia programada e tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Neste contexto de contradições ou deficiências em relação aos controles que são importantes não só para uma transparência maior, mas também para uma execução mais adequada do serviço ao cidadão, se torna importante uma discussão sobre o tempo de espera para o atendimento. A próxima seção avançará sobre esta temática a partir de questionamentos feitos às secretarias de saúde e também com dados do Justiça em Números.

## 4.4 O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO

Um dos relatos mais comuns de quem precisa utilizar o sistema público de saúde é o elevado tempo de espera para conseguir atendimento. Isso vale não só para o Pronto Atendimento de Urgência, mas é ainda mais latente para os atendimentos e procedimentos especializados.

Conforme já apresentado anteriormente, a capacidade de atendimento disponível pelo Sistema Único de Saúde muitas vezes não é suficiente para sanar toda a demanda por atendimentos dessa natureza que partem da população local. Passa-se então a controlar as solicitações por meio de filas de espera que, usualmente, estabelecem critérios para priorizar o atendimento. No entanto, com o passar dos anos, essas filas cresceram de modo que se torna cada vez mais difícil para os pacientes vislumbrarem atendimento.

Ao mesmo tempo que estabelecer critérios de atendimento é uma parte fundamental para garantir a melhor gestão possível dos recursos disponíveis, por vezes pacientes com outras opções de tratamento menos invasivos eram inseridos nas listas de espera por preencherem os requisitos estabelecidos. Assim sendo, o SUS se reestruturou e estabeleceu novas diretrizes para os atendimentos básicos de média e alta complexidade a partir do pacto pela Saúde de 2006.

Um importante critério estabelecido, especialmente no que concerne às filas de espera de procedimentos, é a padronização entre as cirurgias eletivas, de urgência e de emergência. O Conselho Federal de Medicina define Emergência<sup>11</sup> como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Já por Urgência se define a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Quando esses conceitos são aplicados aos procedimentos cirúrgicos, cirurgias de emergência e urgência são aquelas cuja condição médica não permite grandes períodos de espera, podendo envolver inclusive risco de morte caso não sejam realizadas. Já as cirurgias eletivas, por sua vez, dizem respeito aos procedimentos que podem ser postergados por algum período sem risco à vida do paciente.

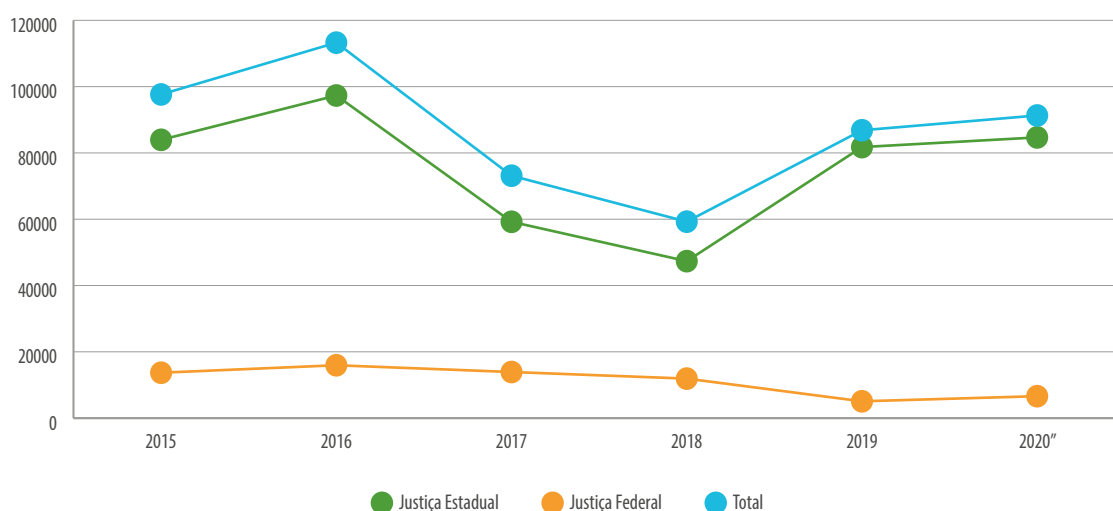
---

11 Definição apresentada na resolução CFM nº 1.451/95. Disponível em: < <https://www.legale.com.br/uploads/36b7ac32b5ca43db9b372e32d14a3c40.pdf> >

Apesar do que pode parecer, são as cirurgias eletivas que mais movimentam o debate sobre o tempo de espera nas filas, uma vez que, pela definição apresentada, cria-se uma sensação de que tais procedimentos podem ser postergados sem grandes prejuízos. No entanto, a depender da condição, a espera pode propiciar agravos à condição de saúde do paciente, além de muitas vezes comprometer o bem-estar e a qualidade de vida.

É nesse contexto que muitas vezes o Poder Judiciário é acionado. Ao longo do período compreendido entre 2015 e 2020, de acordo com os dados do Justiça em Números de 2020 (CNJ, 2020), mais de 500 mil novos processos relacionados a Tratamento Médico-hospitalar, classificação que abarca tanto pedidos de consultas quanto de cirurgias<sup>12</sup>, ingressaram no Judiciário, em 2019. Conforme apresentado no Gráfico 29, o ano de 2016 foi quando houve o maior registro de processos com essa temática, tendo ingressado mais de 100 mil processos novos. Também é possível observar uma predominância da Justiça Estadual no recebimento de tais processos.

**Gráfico 29 - Quantidade de casos novos sobre Tratamento Médico-hospitalar ingressados entre 2015 e 2020 por Segmento de Justiça**



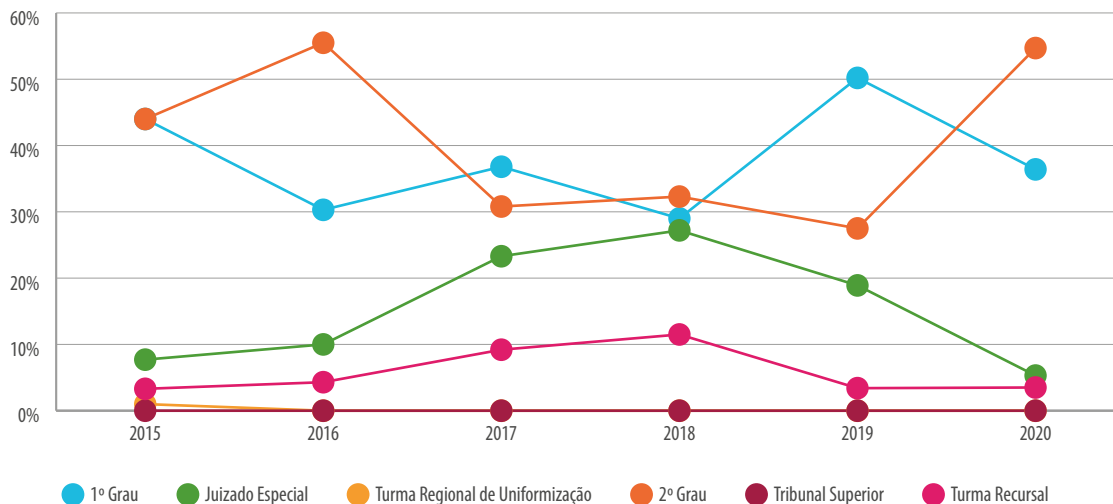
Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

Sobre o Grau de Jurisdição, os juízes de 1º e 2º grau se alternam em relação a quem mais recebeu casos novos dessa natureza durante o período analisado (Gráfico 30). No quesito região<sup>13</sup>, o ingresso desses novos processos, conforme apresentado no Gráfico 31, se deu de maneira majoritária na região Sudeste.

12 Na análise aqui apresentada, foram agregados os códigos 11883, 10069, 12223 e 12491 das Tabelas Processuais Unificadas. Para maiores esclarecimentos, olhar o organograma apresentado na metodologia.

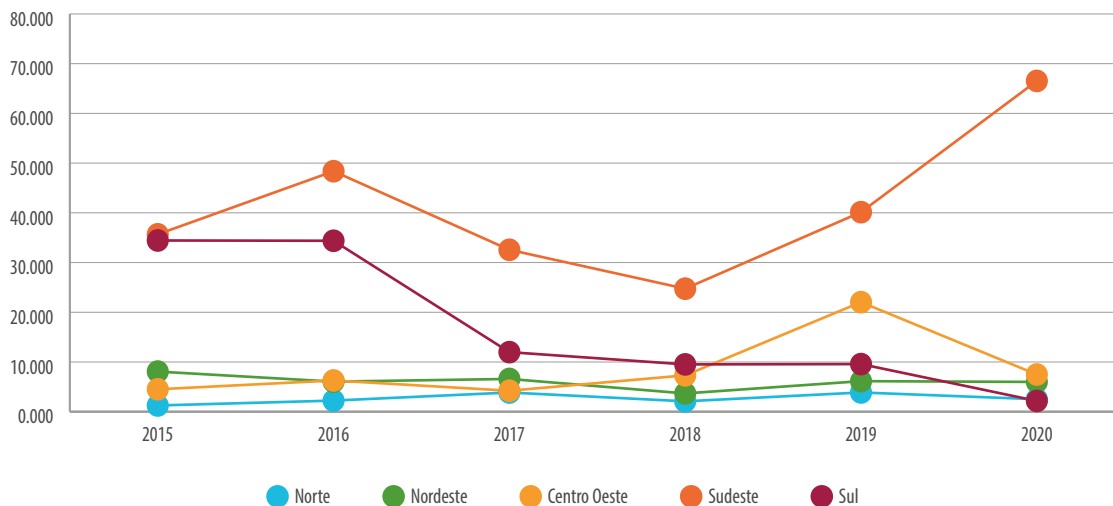
13 Para essa análise foram considerados apenas os processos recebidos pelos tribunais que compõem a Justiça Estadual.

**Gráfico 30 - Quantidade de casos novos sobre Tratamento Médico-hospitalar ingressados entre 2015 e 2020 segundo Grau de Jurisdição**



Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

**Gráfico 31 - Quantidade de casos novos sobre Tratamento Médico-hospitalar ingressados na Justiça Estadual entre 2015 e 2020 segundo Região**



Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

Com vistas a elucidar a questão do tempo de atendimento despendido até a entrada do pedido até a realização do procedimento, foi levantado junto às secretarias de saúde o tempo médio de espera até a realização de consultas das seguintes especialidades: Ortopedia, Oftalmologia, Oncologia e Cardiologia. Importante destacar que nem todos os entrevistados optaram por responder essas questões e que os dados apresentados abaixo servem como uma importante

visualização do problema, mas não permite que afirmações sejam feitas sobre esse padrão ser representativo para outras localidades.

Cerca de 60% dos estados consultados afirmaram que o tempo médio de espera para a realização de consulta nas especialidades de ortopedia, oftalmologia e oncologia levam menos de um mês. Já as consultas com cardiologistas podem demorar um pouco mais, uma vez que a maioria dos respondentes – quatro estados –, afirmaram que o tempo médio de espera para essa especialidade dura até seis meses.

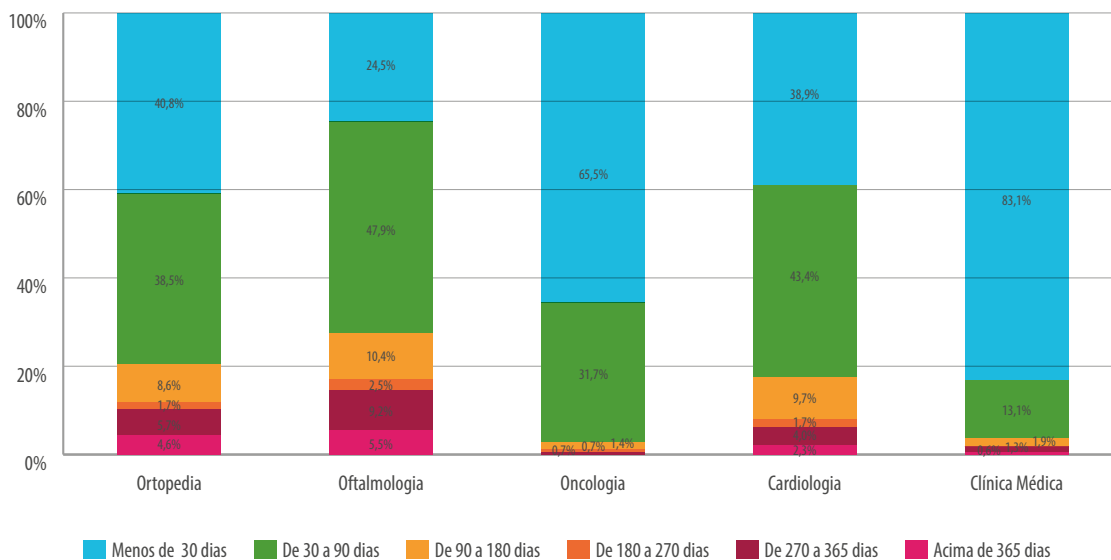
O mesmo padrão foi observado nas respostas dos municípios que, para a maioria das especialidades, afirmaram que o tempo médio de espera para a realização de consulta com especialistas dura menos de um mês. A exceção foram as consultas com oftalmologistas e cardiologistas, que possuem de 30 a 90 dias como o tempo médio de espera mais frequente.

**Tabela 11 - Tempo médio para a realização de consultas em determinadas especialidades nos Estados respondentes (em valor absoluto e %)**

Especialidade	Tempo	Quantidade de respondentes	% de respondentes
Consulta Ortopedia	Menos de 1 ano	5	62,5%
	Mais de 1 ano	3	37,5%
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>
Consulta Oftalmologia	Menos de 1 ano	4	66,7%
	Mais de 1 ano	2	33,3%
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>
Consulta Oncologia	Menos de 1 mês	5	62,5%
	Mais de 1 mês	3	37,5%
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>
Consulta Cardiologia	Menos de 6 meses	4	57,1%
	Mais de 6 meses	3	42,9%
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Gráfico 32 - Tempo médio de espera para a realização de consultas de determinadas especialidades nos municípios respondentes**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Sobre a realização de tratamentos, foi perguntado para as secretarias de saúde dos estados e municípios sobre o tempo médio de espera para a realização dos seguintes procedimentos: Ortopédicos, Oftalmológicos, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Tratamento de Câncer. Os estados responderam que para a maioria dos procedimentos o tempo médio de espera é inferior a um ano, sendo o tratamento de câncer a exceção. Para tratamento de câncer, a maioria dos estados afirmou que o tempo médio de espera leva mais de um mês em média. Já nos municípios, a maioria afirmou que todos os procedimentos levam cerca de 30 a 90 dias para serem realizados.

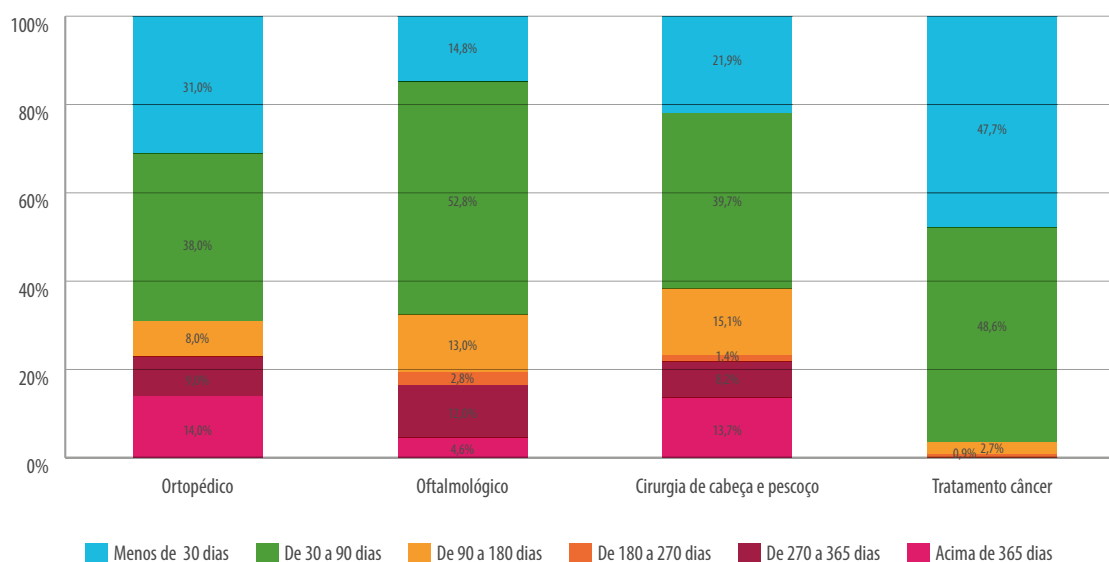


**Tabela 12 - Tempo médio de espera para a realização de procedimentos médicos de determinadas especialidades nos Estados respondentes**

Especialidade	Tempo	Quantidade de respondentes	% de respondentes
Procedimentos ortopédicos	Menos de 1 ano	4	66,7%
	Mais de 1 ano	2	33,3%
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>
Procedimentos oftalmológicos	Menos de 1 ano	4	80,0%
	Mais de 1 ano	1	20,0%
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>
Cirurgia de cabeça e pescoço	Menos de 1 ano	5	71,4%
	Mais de 1 ano	2	28,6%
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>
Tratamento câncer	Menos de 1 mês	2	40,0%
	Mais de 1 mês	5	60,0%
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Gráfico 33 - Tempo médio de espera para a realização de procedimentos de determinadas especialidades nos municípios respondentes**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

No entanto, ainda que a maioria dos municípios tenha apresentado um quadro positivo para o tempo médio de espera, existe uma parcela considerável entre os municípios pesquisados que afirmou que determinados procedimentos possuem tempo médio superior a um ano, como é o caso dos procedimentos ortopédicos e de cirurgia de cabeça e pescoço. Conforme já foi destacado, esse tempo de espera dilatado pode acarretar agravos à condição de saúde do indivíduo, bem como se tornar uma possível causa judiciável.

É do senso comum o entendimento correto de que, se o procedimento de saúde é urgente e não há capacidade de atendimento no sistema público, o paciente pode buscar um amparo e solução junto ao Judiciário. A estratégia, no entanto, pode nem sempre ser bem-sucedida, uma vez que o tempo de resposta de uma liminar pode chegar fora do prazo necessário. Os tribunais têm buscado criar estratégias para conseguir oferecer respostas cada vez mais rápidas, no entanto, o grande volume de pedidos dessa natureza ainda é um desafio a ser resolvido.

## 4.5 INTERLOCUÇÃO ADMINISTRATIVA PRÉ E PÓS-PROCESSUAL

A análise a seguir diz respeito a uma série de perguntas feitas por meio dos questionários que buscaram explicar o nível de interlocução administrativo entre as diversas esferas do poder, principalmente o Executivo estadual e municipal, e sua organização enquanto estrutura para combater ou administrar informações e trocas sobre a judicialização da saúde, seja em momentos pré-processuais, ou pós-processuais como no cumprimento de sentenças.

No sentido de compreender a natureza da cooperação intersetorial estabelecida entre os entes federados pesquisados e as estruturas judiciárias locais, fez-se questionamento sobre a existência de interlocução administrativa para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde em um modelo de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional. Tais câmaras são compreendidas como dispositivos ou rede de cooperação para a tomada de decisões estratégicas para as demandas de saúde, a partir da discussão de casos e temas de interesse para o encaminhamento dessas demandas, com a participação de representantes e pontos focais das instituições pertinentes – Ministério Público, Defensoria Pública, gestores públicos e especialistas, órgãos com atuação direcionada ao tema de interesse, entre outros. Estes dispositivos surgem como instrumentos de fomento à cooperação intersetorial, induzidos pelo CNJ, por meio de normativas e instrumentos específicos<sup>14</sup>.

---

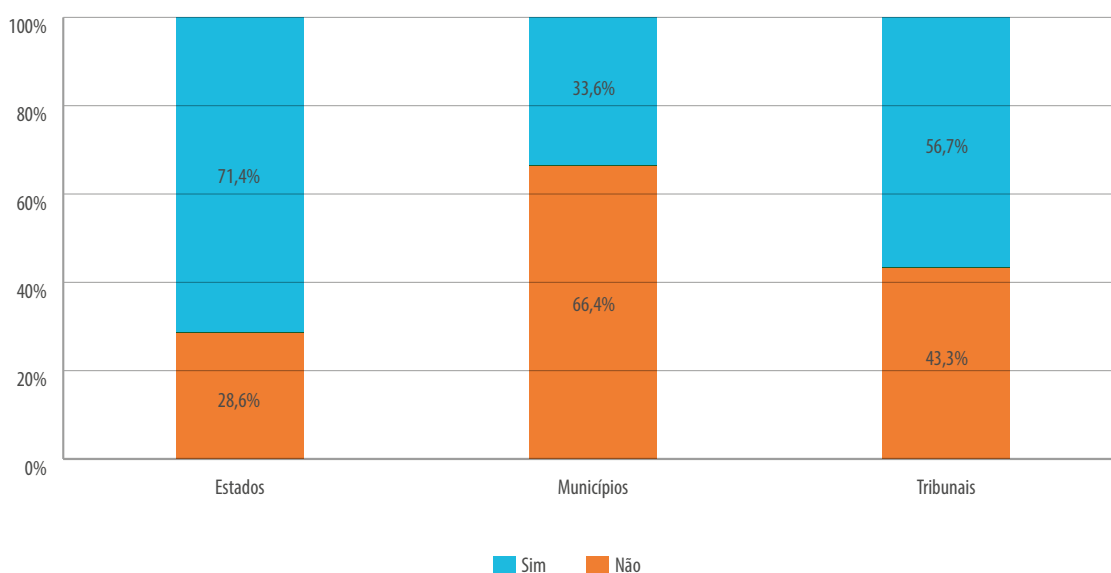
<sup>14</sup> Para acesso às informações produzidas pelo Conselho Nacional de Justiça sobre o tema da judicialização da saúde, conferir: CNJ. Portaria nº 32, de 21 de fevereiro de 2019 e portal eletrônico “Fórum da Saúde”, disponíveis em: < <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-2/#>>. Data de acesso: 10 de janeiro de 2021.

Como pode ser observado no Gráfico 34, quinze das Secretarias Estaduais de Saúde declararam contar com alguma instância de fomento à cooperação entre Poder Executivo e Judiciário no atendimento às demandas de saúde. Essa realidade se apresenta de maneira discrepante para os entes municipais, considerando que apenas um terço das secretarias respondentes declararam possuir um dispositivo de fomento à cooperação dessa natureza.

Com relação aos tribunais, aproximadamente 56,7% deles responderam afirmativamente sobre a existência de Câmara ou estrutura similar de cooperação intersetorial com os entes federados. Entre os Tribunais Regionais Federais, apenas o da 1ª Região declarou não possuir esse dispositivo. Essa informação pode indicar que esta estrutura exista apenas no nível de subseções judiciárias do referido TRF. Com relação aos demais, o tipo de ato administrativo empregado na formalização da Câmara foi o Termo de Cooperação.

No que diz respeito aos Tribunais Estaduais, há um número grande que não possui esse mecanismo. São eles: Alagoas, Amazonas, Bahia, Distrito Federal e Territórios, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Para os demais, a forma mais empregada para a sua formalização foi também o Termo de Cooperação.

**Gráfico 34 - Existência de Câmara de Apoio Administrativo para demandas de saúde – Estados, Municípios e Tribunais - (%)**



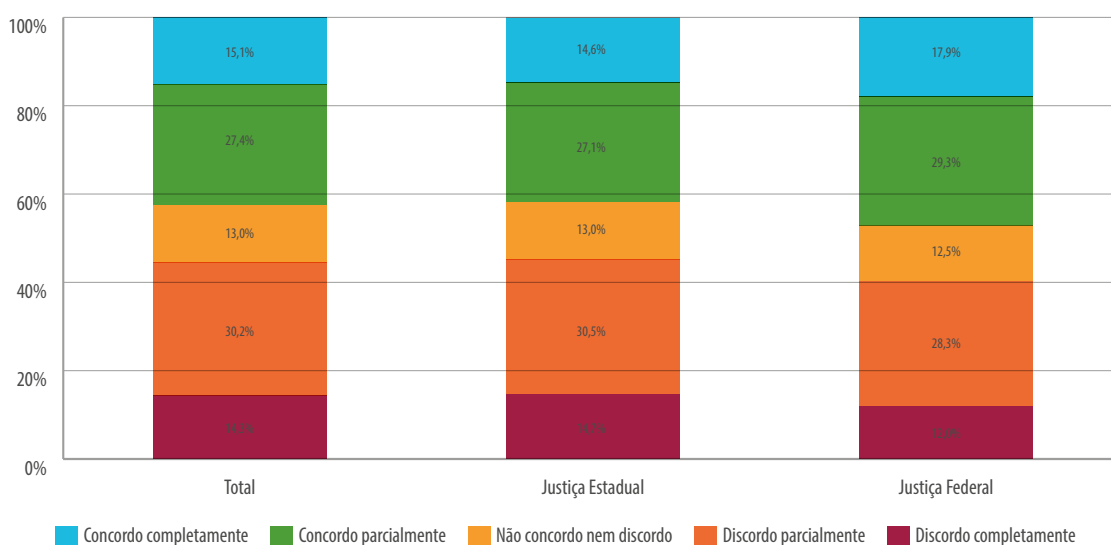
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Ainda com o objetivo de compreender os mecanismos de cooperação interinstitucionais, o questionário aos magistrados apresentava diversos atributos (Anexo C), que deveriam ser res-

pondidas segundo o grau de concordância. Desta forma, diante da frase “Não há atualmente nenhuma ação institucional (seja por parte do Tribunal, seja por parte do Governo Executivo estadual, distrital ou municipal) para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde”, 42,0% dos respondentes concordam em certo nível com o atributo, enquanto 12,95% não concordaram nem discordaram, e, por outro lado, 44,49% responderam que discordam em certo nível desta afirmação. Observando de forma separada os magistrados dos Tribunais de Justiça Estaduais e os Tribunais Regionais Federais, os números apresentam um quantitativo bastante aproximado entre eles. Dentre os respondentes, fica latente que há uma divisão da percepção entre aqueles que concordam e discordam em certo nível sobre a atuação institucional para a resolução da problemática. É importante considerar que cada tribunal possui uma atuação específica na sua organização.

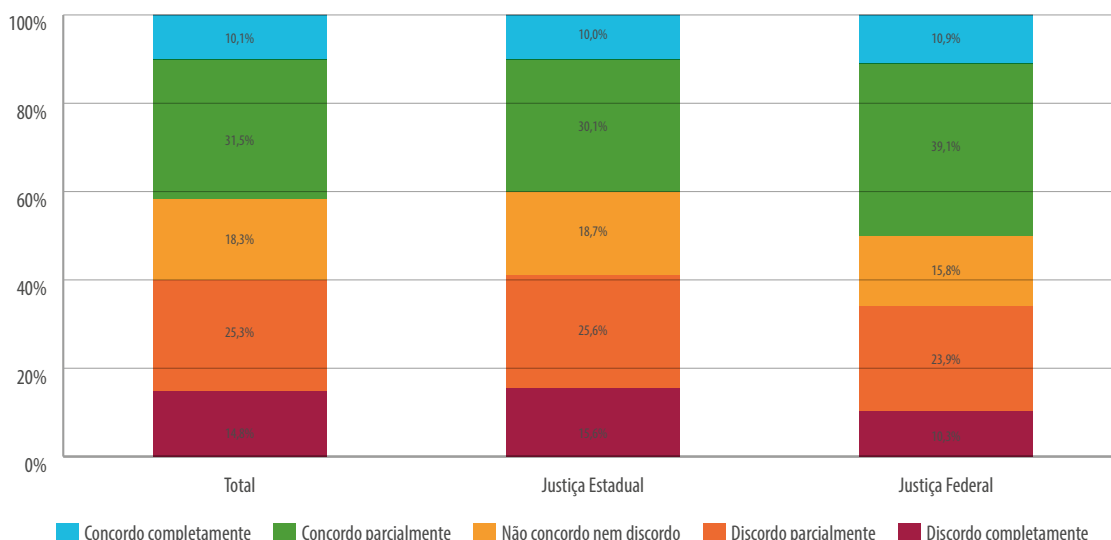
Ademais, também fora apresentada a seguinte frase: “A troca de experiências é estimulada pelos próprios Magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da Saúde, sem apoio institucional formal.”. Assim 41,6% concordam e 40,0% discordam de tal afirmação, discriminados por tipo de justiça 50,0% dos Magistrados Federais concordam com a afirmação, enquanto 41,76% não concordaram, ao comparar os atributos 3 e 4, percebe-se que há uma possível relação entre estes pela proximidade de seus quantitativos.

**Gráfico 35 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre existência de ação institucional para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Gráfico 36 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre a troca de experiências ser estimulada pelos próprios Magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da Saúde, sem apoio institucional formal**



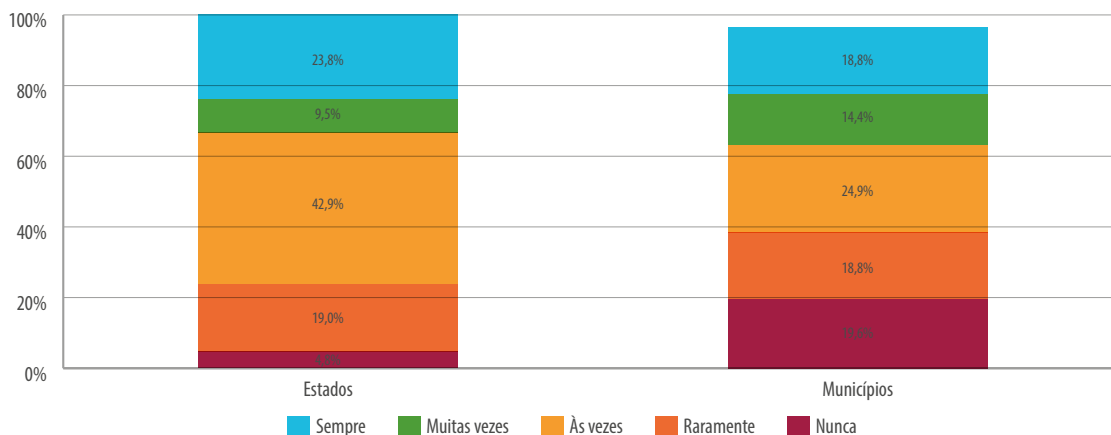
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios foram feitas indagações em um bloco de perguntas que dizia respeito à prevalência de interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares. Com relação a este tópico o objetivo era compreender a interlocução dos entes estatais do Executivo em níveis estaduais e municipais, ou entre estados com estados e municípios com outros municípios.

Dessa forma, doze das unidades estaduais, a comunicação administrativa ocorre “às vezes”. Entre as Secretarias municipais esta resposta também foi a mais frequente, com 24,9%. Para um terço das secretarias municipais e estaduais, essa interlocução acontece “sempre” ou “muitas vezes”. Nesse grupo, mais da metade das secretarias municipais se localizava nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Tocantins e Paraná. Outro resultado importante é que em 38,4% das secretarias municipais, esse é um fato que “nunca” ou “raramente” é presenciado, sendo que aproximadamente 57,0% deste grupo de respondentes estão localizados nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará.

Desta forma, cumpre ressaltar, que a comunicação dos entes por meio de interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares é fonte de auxílio para que tais decisões afetem em menor grau a realidade destes.

**Gráfico 37 - Interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

No questionário enviado aos municípios, também foi solicitado aos respondentes que respondessem sobre o estabelecimento de consórcio de saúde entre as secretarias municipais e quais seriam esses consórcios. A previsão desse tipo de mecanismo de articulação entre os entes subnacionais, com vistas a otimizar aquisições e contratações, é algo legítimo, previsto e desejável pelo Poder Executivo Federal:

“O consórcio intermunicipal na área da saúde é visto como uma associação entre Municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos Municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Ministério da Saúde, 1997: 08)<sup>15</sup>

Mais da metade das secretarias respondentes (56%) declararam contar com esse tipo de associação intermunicipal. As regiões do Brasil onde esse tipo de mecanismo é mais frequente são Sudeste e Sul (43% e 36%, respectivamente). Entre as secretarias municipais de saúde que participaram do levantamento, Minas Gerais se destaca como a Unidade da Federação em que houve maior proporção de respostas afirmativas a essa pergunta. Sendo assim, seria pertinente compreender mais profundamente as experiências das instituições desse estado com as associações entre os municípios na área da saúde.

A existência de uma maior cooperação entre os órgãos, buscando cada vez mais atender as necessidades de serviços de saúde do cidadão, é fundamental para diminuir o número de processos que chegam ao Poder Judiciário.

<sup>15</sup> Ministério da Saúde. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: MS, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_14.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf)>. Data da consulta: 28 de janeiro de 2021.

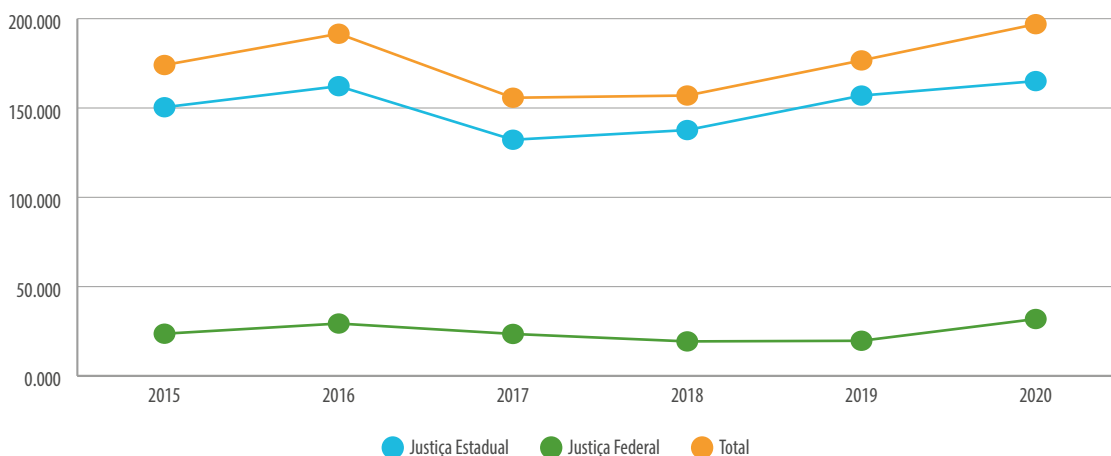
Ademais, como já mencionado anteriormente, o fornecimento de medicamentos se destaca com um dos principais assuntos judicializados nos últimos anos. A seguir serão apresentadas as informações retiradas dos questionários aplicados as secretarias de saúde sobre como se dá a questão de medicamentos ou a falta deles, no âmbito dos serviços de saúde.

## 4.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E COBERTURA VACINAL

O fornecimento de medicamentos tem sido tema recorrente de estudos que visam compreender o fenômeno da Judicialização da Saúde e isso não se dá por acaso. A judicialização associada a medicamentos representa uma expressiva parcela dos casos novos ingressados ao longo dos anos, segundo dados do Justiça em Números, entre 2015 e 2020 mais de 1 milhão de todos os processos novos recebidos pelo Judiciário possuíam temática<sup>16</sup> relacionada a medicamentos.

Conforme apresenta o Gráfico 38 abaixo, os processos novos sobre medicamentos recebidos pelo Judiciário tiveram um pico em 2016 e logo em seguida apresentaram importante queda, voltando a subir somente a partir de 2019 e registrando seu maior valor, 196.929 processos, em 2020. Cabe destacar o caráter único que os dados de 2020 possuem, levando em consideração a pandemia em decorrência do coronavírus. Nesse sentido, o aumento de casos dessa natureza para o ano de 2020 é plausível, uma vez que o sistema de saúde entrou em colapso em diversas localidades, fazendo com que diversos serviços fossem interrompidos.

**Gráfico 38 - Quantidade total de casos novos ingressados sobre medicamentos segundo o segmento da justiça, 2015 a 2020**

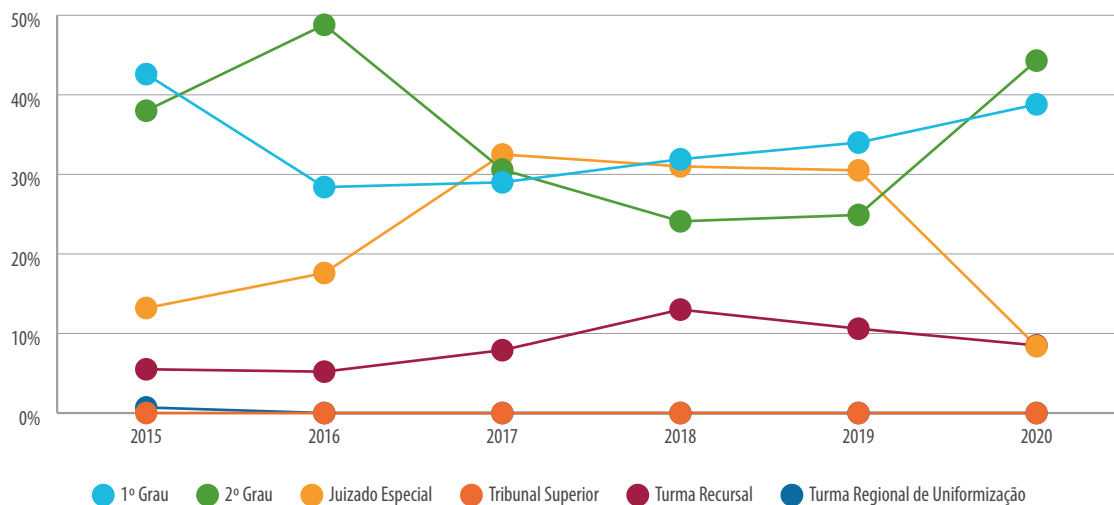


Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

<sup>16</sup> Para essa análise foram considerados os assuntos: 12484, 12487, 11884, 12222 e 10069. Esses assuntos e suas relações estão apresentados na metodologia.

O Gráfico 39, por sua vez, apresenta a distribuição do quantitativo de casos novos sobre medicamentos ingressados de acordo com o grau de jurisdição. Nele é possível perceber que os juízes de primeiro e segundo grau, juntamente com os juzizados especiais, se destacam no recebimento de novos processos dessa natureza, tendo juntos somado 89,4% de todos os processos ingressados em 2019.

**Gráfico 39 – Quantidade de casos novos sobre medicamentos ingressados de acordo com o grau de jurisdição**



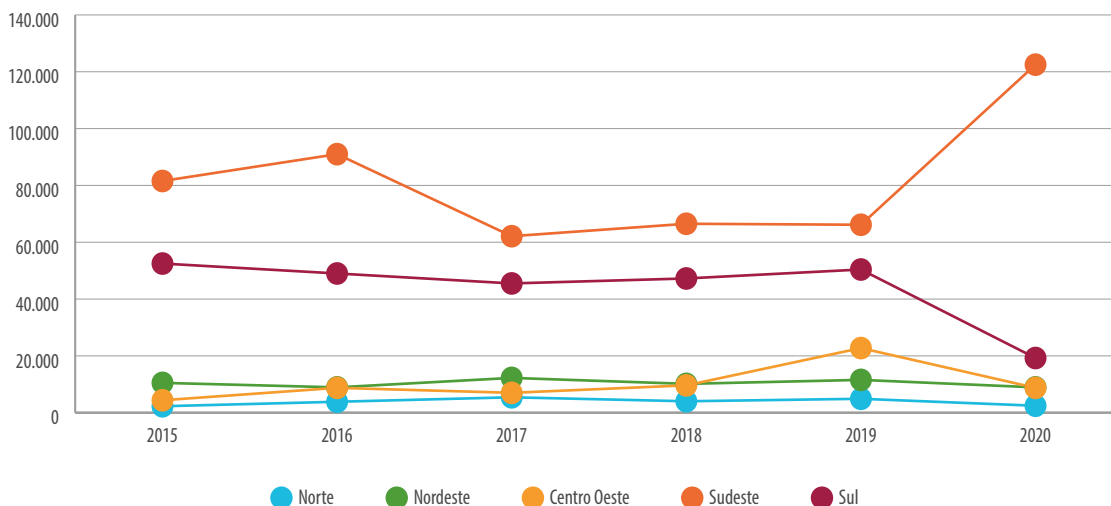
Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

No que se refere às predominâncias regionais<sup>17</sup> no número de judicializações sobre fornecimento de medicamentos, a região Sudeste, seguida da região Sul são as que mais se destacam. A predominância do Sudeste pode, em alguma medida, estar vinculada ao fato de que vários municípios da região, especialmente do estado de Minas Gerais, afirmaram ocorrer desabastecimento constante das listas municipais de medicamentos. Uma análise das relações de medicamento e da ocorrência de desabastecimento é apresentada com mais detalhes logo abaixo.

<sup>17</sup> Para essa análise foram considerados somente os Tribunais da Justiça Estadual e seus respectivos processos.



**Gráfico 40 - Quantidade de casos novos sobre medicamentos ingressados na Justiça Estadual, segundo a região, entre 2015 e 2020**



Fonte: Painel do Justiça em Números, 2020

O debate sobre o que é saúde e o que implica a sua garantia e manutenção é um processo orgânico que incorpora novos entendimentos sempre que a ciência avança nesse sentido. Esses novos entendimentos e alterações vão sendo incorporados também pelo estado sempre que necessário. O medicamento, que é um importante instrumento para o controle e cura de diversas doenças e, portanto, é uma parte importante dos serviços que são prestados pelo estado segue essa mesma lógica.

Assim sendo, o número de novos medicamentos existentes cresce de maneira contínua, assim como cresce o número de novas drogas em fase de teste para o combate e controle de múltiplas doenças. Foi considerando esse cenário que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em conjunto com a Comissão Intergestores, estabeleceu, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos<sup>18</sup> com o objetivo de garantir a eficácia e qualidade dos medicamentos disponibilizados, bem como definir o uso racional e os medicamentos essenciais.

A Política Nacional Medicamentos, por sua vez, criou a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esse instrumento define a lista de medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para atender as necessidades prioritárias de saúde. A RENAME, uma ferramenta nacional, serve também de base para a construção das listas de medicamentos fornecidos pelos municípios, conhecidos também como Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

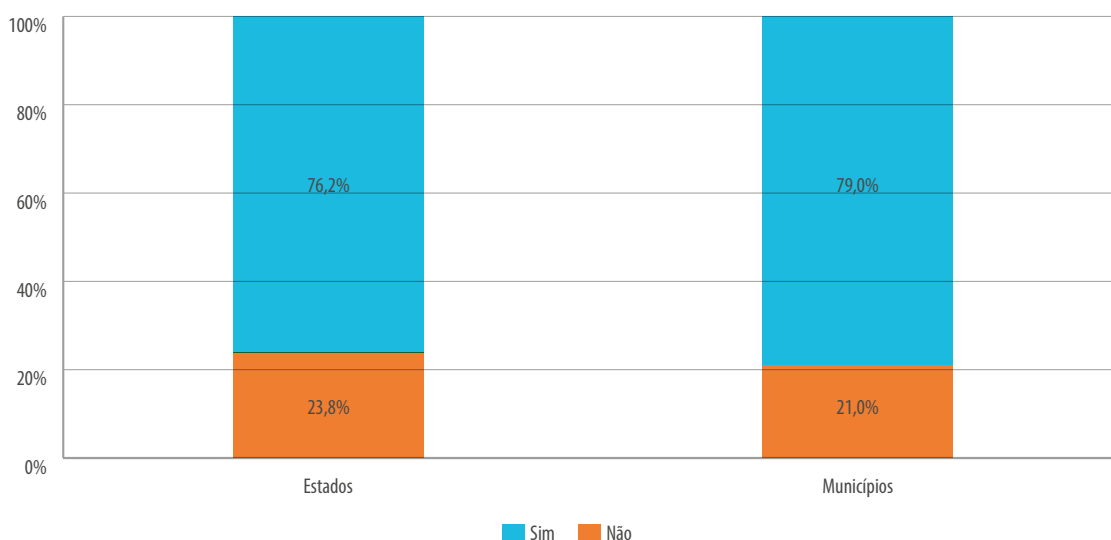
<sup>18</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)>

Essas relações de medicamentos constituem um avanço importante na gestão da garantia do direito à saúde, pois regulamentam uma rotina de abastecimento e fornecimento de fármacos importantes para a população. No entanto, é na falta desses mecanismos e nas falhas de abastecimento que reside a preocupação, uma vez que todas as ocasiões em que o estado não seja capaz de garantir o direito à saúde são ocasiões onde o Judiciário pode ser acionado e tem o poder de intervir.

Foi pensando nessa realidade que o Conselho Nacional de Justiça buscou ouvir as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde acerca da existência de alguns dos instrumentos de adequação às prerrogativas da assistência farmacêutica definidas pela Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde, relações estaduais, distritais e municipais de medicamentos e suas atualizações –, bem como sobre algumas das dificuldades enfrentadas pelas Unidades da Federação no fornecimento de fármacos previstos nas políticas locais de saúde pública.

Como pode ser observado logo abaixo, a maioria dos estados pesquisados conta com Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Os estados que declararam não possuir esse instrumento foram das regiões Norte e Nordeste, respectivamente, Amapá, Bahia, Paraíba, Piauí e Sergipe. Entre as secretarias municipais de saúde, observou-se que todas as capitais respondentes possuem a REMUME e que as maiores ausências percentuais de relação municipal de medicamentos concentram-se nos municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (Tabela 13), sendo o maior número destes municípios, localizados no estado do Tocantins.

**Gráfico 41 - Unidade da Federação/município possui Relação Estadual ou Distrital de Medicamentos (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Tabela 13 - Percentual de municípios que possuem relação municipal de medicamentos, segundo Região Geográfica (2020)**

Região Geográfica	Não	Sim
Centro-Oeste	30	70
Nordeste	39,5	60,5
Norte	52	48
Sudeste	8	92
Sul	9,3	90,7
<b>Total</b>	<b>20,9</b>	<b>79,1</b>

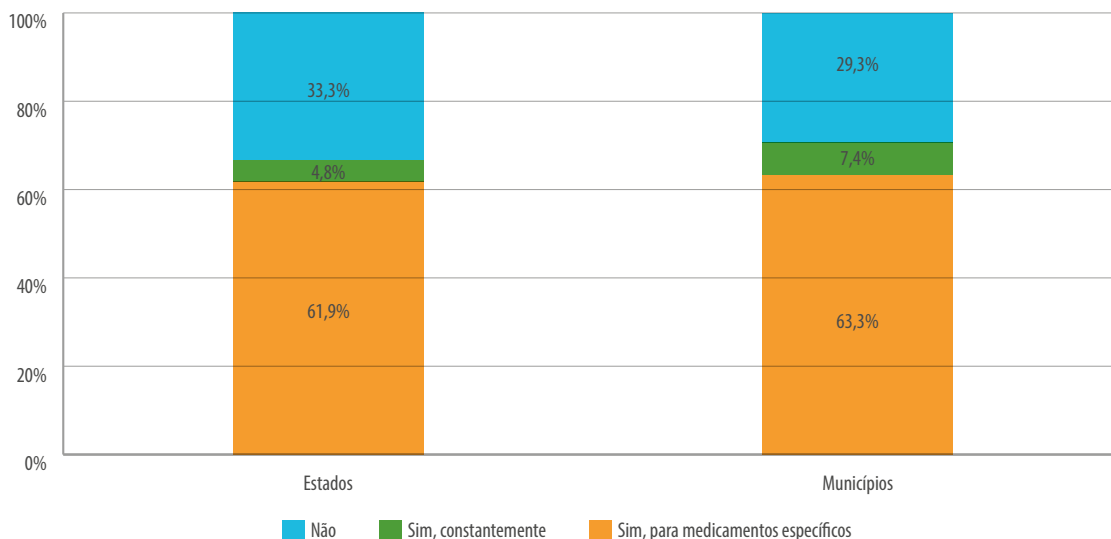
Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Sobre a ocorrência de desabastecimento de medicamentos da lista da relação estadual, a maior parte dos respondentes afirmam que de alguma forma há desabastecimentos: treze deles afirmam que há desabastecimento para medicamentos específicos, e um deles, Santa Catarina, respondeu que há desabastecimento de forma constante. O desabastecimento de medicamentos da lista estadual demonstra uma fragilidade na prestação e na manutenção de insumos que seriam de responsabilidade do próprio estado, porém, não há como mensurar os motivos que levam a isto, entre possíveis causas podemos encontrar a alta demanda, a má gestão de recursos, ou uma falta de logística nestes estados.

Ademais, outros sete estados responderam que não passam por desabastecimento relacionados a medicamentos da relação estadual. Ao analisar estas respostas, fica latente que há escassez de medicamento conforme aponta a maioria das respostas, no entanto, não se trata de uma regra, existindo estados que contrariam esta tendência.

No que se refere às respostas das secretarias municipais, a região Sudeste concentra o maior percentual de respostas que apontam para o desabastecimento constante de medicamentos previstos na REMUME (Tabela 14). Os municípios que responderam sofrer com desabastecimento constante foram os seguintes: Santa Quitéria (CE), São Mateus (ES), São Luís (MA), Ipanema (MG), Divinópolis (MG), Abaeté (MG), Belo Horizonte (MG), Bom Despacho (MG), Bambuí (MG), Barra do Bugres (MT), Wenceslau Braz (PR), Teresópolis (RJ), Itaperuna (RJ), São Luiz Gonzaga (RS), Ituverava (SP), Rio Claro (SP) e Divinolândia (SP).

**Gráfico 42 - Desabastecimento de medicamentos da lista (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Tabela 14 - Percentual de municípios com desabastecimento da relação de medicamentos, segundo região do Brasil (2020)**

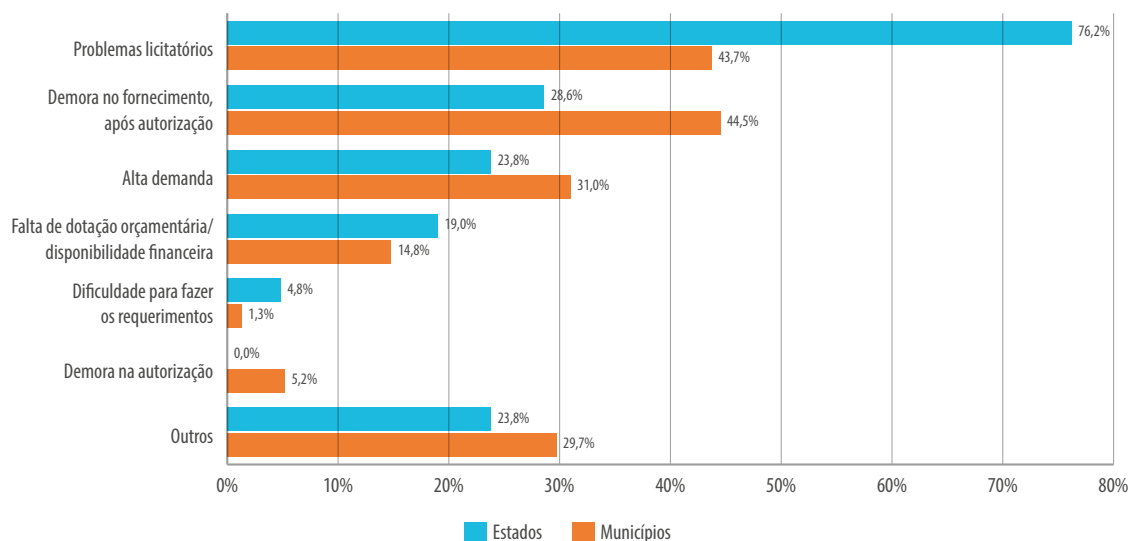
Região	Não	Sim, constantemente	Sim, para medicamentos específicos
Centro-Oeste	15,00%	5,00%	80,00%
Nordeste	34,88%	4,65%	60,47%
Norte	40,00%	0,00%	60,00%
Sudeste	26,44%	13,79%	59,77%
Sul	29,63%	3,70%	66,67%
<b>Total</b>	<b>29,13%</b>	<b>7,39%</b>	<b>63,48%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Para análise das questões sobre causas atribuídas para o desabastecimento de medicamentos, foi realizada a contagem das citações, considerando-se que as perguntas autorizavam múltiplas respostas. Sendo assim, a maior parte dos respondentes das entidades subnacionais citou, como maiores causas do desabastecimento das listas de medicamentos, problemas licitatórios e demora no fornecimento, após autorização. Esses problemas estão presentes em mais de 70% das secretarias estaduais que padecem, de alguma forma, com os desabastecimentos, e em 43% das secretarias municipais.

Sobre as questões licitatórias, a pesquisa perguntou, também, para as secretarias municipais de saúde sobre a utilização da Ata de Registro de Preços (ARP), uma modalidade de licitação que permite, além da contratação através de concorrência e pregão, a consulta e captação do maior número de órgãos públicos com o mesmo interesse de aquisição. A grande maioria dos municípios, 90,4%, afirmaram utilizar e apenas 9,6% afirmaram não utilizar.

**Gráfico 43 - Principais causas identificadas para o desabastecimento de medicamentos (em %)**

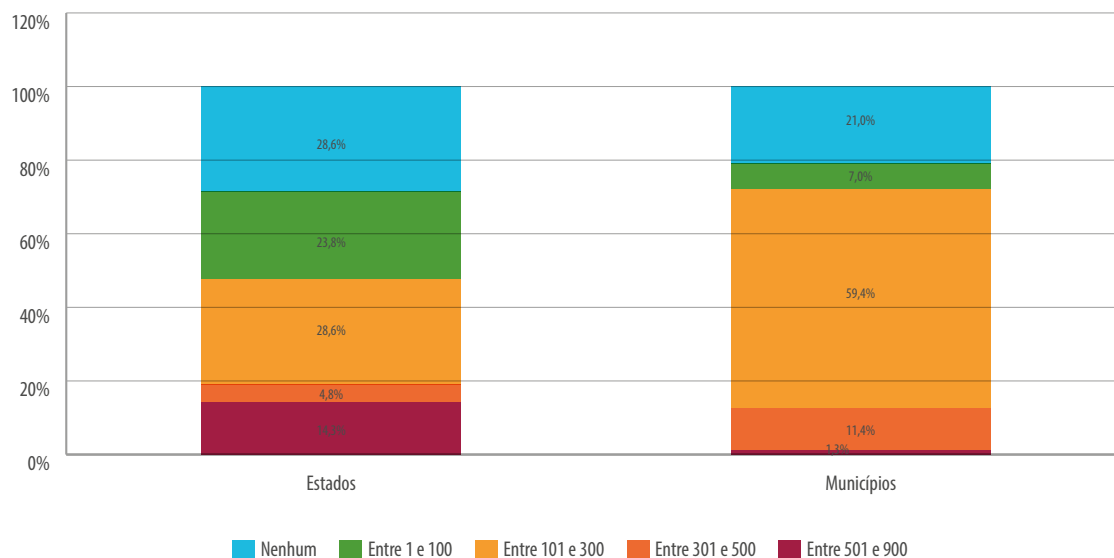


Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Como já citado anteriormente, o debate que envolve o melhor tratamento e o medicamento ideal é um processo contínuo, indicando a necessidade das listas de medicamentos se atualizarem em conformidade com novos avanços e recomendações. Assim sendo, o levantamento realizado pelo CNJ questionou as secretarias estaduais e municipais de saúde acerca da quantidade de medicamentos que constam nas respectivas relações locais de medicamentos, bem como o ano da sua última atualização.

Entre as Secretarias Municipais, 59,4% declarou ter, em suas listas, entre 101 e 300 tipos de medicamentos. As Secretarias Estaduais que contam com o maior acervo de fármacos disponíveis em suas listas (mais de 501 tipos de medicamentos) são Minas Gerais, Pernambuco e Rondônia. Já entre os entes municipais, Jaú (SP), Brasília (DF) e Açailândia (MA).

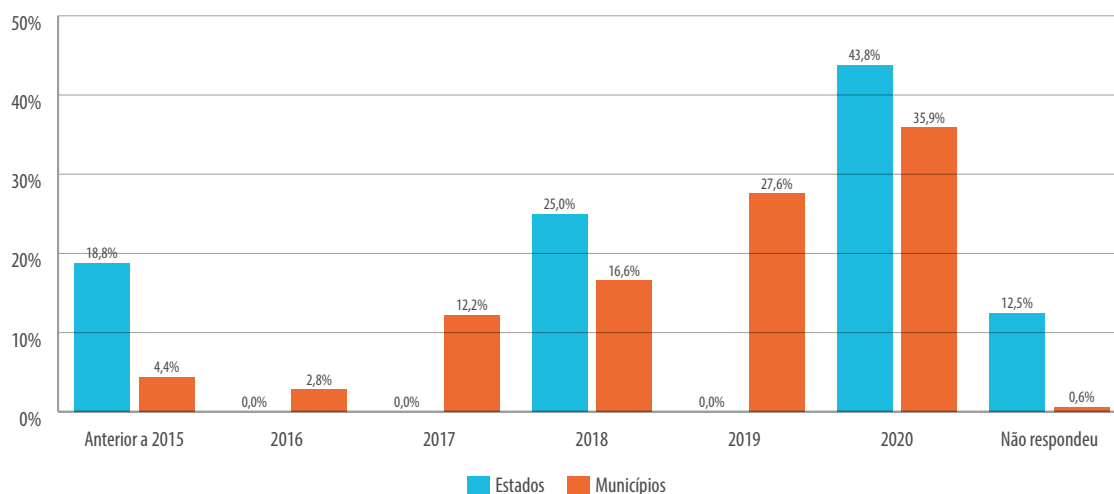
**Gráfico 44 - Quantidade de medicamentos que constam na relação de medicamentos Estadual, Distrital e Municipal (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Com relação aos entes federados que possuem algum desses instrumentos, a maioria afirmou ter realizado atualizações recentes das listas, sendo que, para 80% dos municípios e 69% das secretarias estaduais respondentes, as atualizações ocorreram entre os anos de 2018 e 2020, e os estados que tiveram suas atualizações anteriores a este período foram Paraná e Pernambuco no ano de 2015 e o Rio Grande do Sul em 2010.

**Gráfico 45 - Ano de atualização da relação de medicamentos (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, incluiu a assistência farmacêutica como parte da assistência terapêutica integral, prevista desde a criação do SUS.

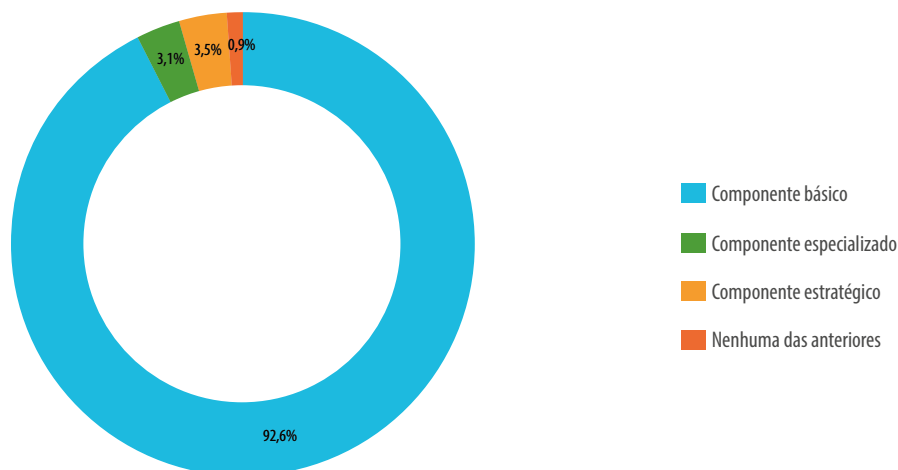
A assistência farmacêutica, além de ser dirigida a todos os usuários do SUS, se divide em três componentes, a saber: componente básico que são medicamentos e insumos essenciais, ou seja, aqueles voltados para doenças e agravos mais prevalentes e é ofertado em nível ambulatorial; componente especializado que são medicamentos para a assistência integral em saúde conforme protocolo clínico e componente estratégico que são medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas.

O mesmo levantamento já citado buscou compreender quais desses componentes de assistência farmacêutica são ofertados pelas unidades de saúde dos estados e municípios, uma vez que medicamentos especializados de uso contínuo são causas bastantes recorrentes no Judiciário.

Desse modo, 92,6% das Secretarias Municipais afirmaram disponibilizar componente básico, 3,5% disseram oferecer componente estratégico e 3,1% afirmaram fornecer componente especializado. Nestes dois últimos grupos, totalizando 15 localidades, encontram-se duas capitais estaduais: Boa Vista (RR) e Belo Horizonte (MG), além de Brasília (DF).

Já nas respostas recebidas pelos estados, todas 21 Unidades da Federação afirmaram oferecer componente especializado, 61,9% afirmaram fornecer componente estratégico e apenas 42,9%, cerca de 9 estados, afirmaram fornecer componente básico de assistência farmacêutica.

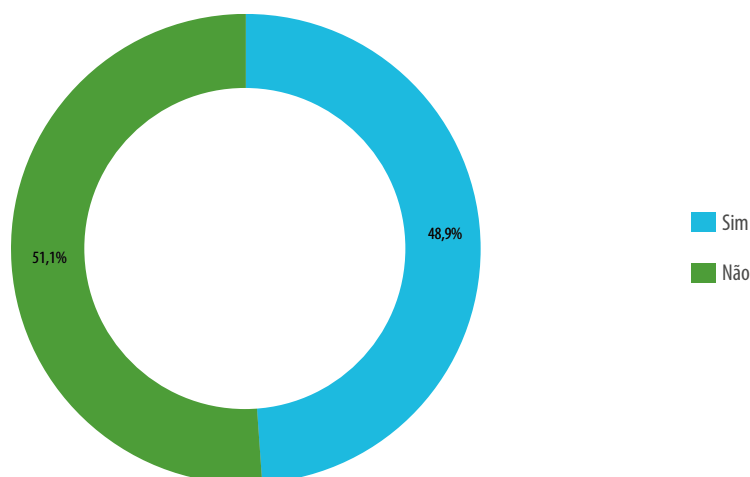
**Gráfico 46 - Componente de assistência farmacêutica fornecido(s) pelo município, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Ainda no que se refere à assistência farmacêutica, às Secretarias Municipais de Saúde foi interpe-lado sobre a existência de Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT). As CFT's são uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, responsável pela seleção dos fármacos que farão parte do acervo medicamentoso do sistema de saúde pública nos três níveis de atenção descritos anteriormente<sup>19</sup>. Como apresentado no Gráfico 47, pouco mais da metade dos respondentes possui CFT.

**Gráfico 47 - Existência de Comissão de Farmácia Terapêutica – CFT – no município (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Um dos blocos do questionário enviado às secretarias municipais de saúde teve também como objetivo levantar informações acerca das políticas preventivas de imunização existentes nos municípios. Dentro dessa perspectiva, uma das políticas mais importantes é a vacinação da população, que busca erradicar doenças com grande potencial infeccioso e letal. Embora seja um serviço ofertado em larga escala pelo Sistema Único de Saúde, algumas regiões apresentam dificuldade em atingir uma cobertura vacinal adequada.

Estudos recentes mostram que, mesmo sendo ao longo das últimas décadas um caso de sucesso, no que diz respeito a vacinação de sua população, o Brasil identificou, por meio do seu Sistema Nacional de Vigilância do Plano Nacional de Imunização uma diminuição da cobertura vacinal nos últimos anos, especialmente no caso das vacinas do Bacilo Calmette-Guérin (BCG), Poliomielite e Tríplice viral. A Cobertura vacinal é o resultado das doses aplicadas em um determinado grupo alvo, dividido pelo grupo alvo total e multiplicado por 100. As metas de cobertura são nacionais, sendo que a BCG e a do Rotavírus são de 90,0% e as demais 95,0%.

<sup>19</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Data do acesso: 12 de janeiro de 2021.

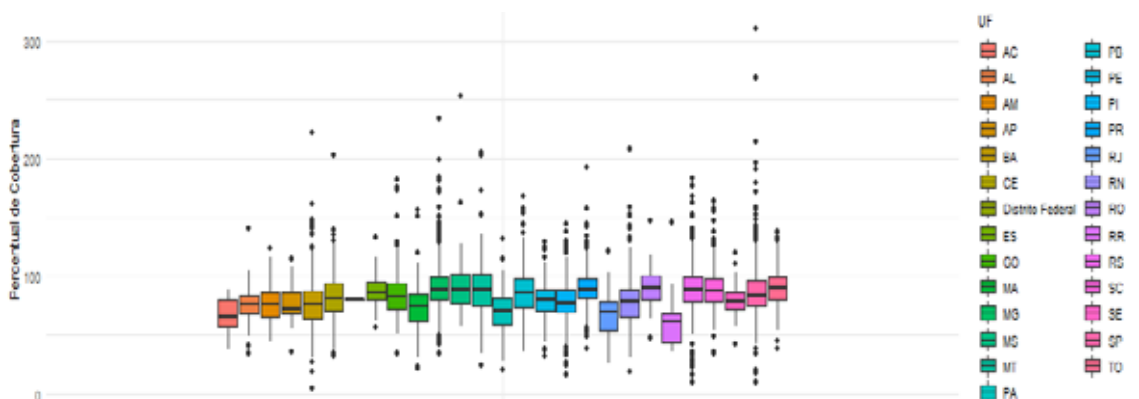


Dados do Ministério da Saúde mostram que o país, no ano de 2019, teve uma cobertura média de aproximadamente 85,0% no conjunto de vacinas analisadas e, pelo menos três quartos dos municípios atingiram no mínimo 73,0% de cobertura. Enquanto em algumas localidades ultrapassaram-se os 200,0% de cobertura vacinal, foi possível encontrar um município com um percentual de cobertura abaixo de 6,0%, Nova Viçosa na Bahia.

Coberturas superiores a 100% são encontradas costumeiramente em diversos estudos. Arroyo, et. al. (2020) destacam que além da existência de registros de recém-nascidos em localidades diferentes daquelas de residência da mãe, o que altera o denominador de nascidos vivos no cálculo da cobertura, há também uma maior facilidade de vacinação de usuários em municípios vizinhos aos municípios de sua própria residência.

Entre os estados, como evidencia o Gráfico 48, Roraima, Acre, Pará, Maranhão, Amapá e Rio de Janeiro apresentaram coberturas medianas mais baixas. Neste contexto também é possível verificar, entre os estados, que apenas municípios do Acre e de Roraima não apresentaram cobertura total de 100,0%.

**Gráfico 48 - Percentual total de cobertura de vacinal dos municípios de acordo com os estados brasileiros no ano de 2019**



Fonte: Ministério da Saúde, 2020

De maneira geral, os números da cobertura vacinal não se comportam de forma homogênea nas diversas regiões do país. A Tabela 15 mostra como se dá este comportamento nos municípios das cinco regiões do Brasil. As regiões Norte e Nordeste apresentam, na sua maioria, medidas com valores menores, mas com cobertura total abaixo de 10,0% há três municípios no Brasil, são eles, Nova Viçosa-BA (5,55%), mencionado anteriormente, Herval-RS (9,76%) e Borebi-SP (9,78%).

**Tabela 15 - Medidas descritivas dos percentuais totais de cobertura nas cinco regiões brasileiras no ano de 2019**

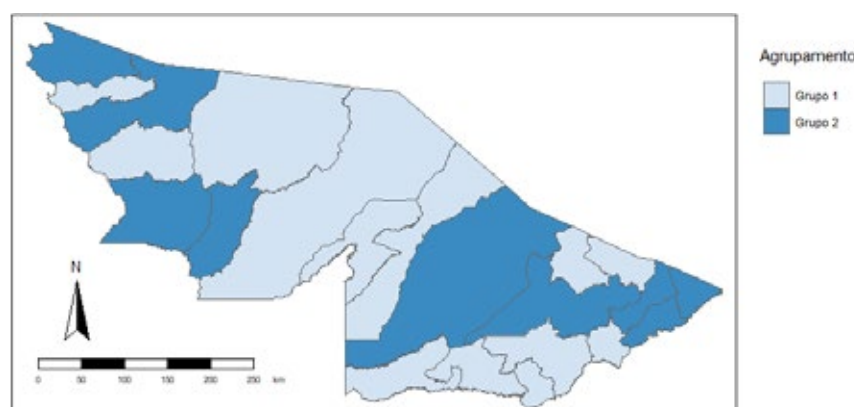
Abra ngência	Menor Valor	1º Quartil	Mediana	Média	3º Quartil	Maior valor
Norte	21,1	67,93	79,65	79,54	92,73	147,39
Nordeste	5,55	67,92	78,48	79,42	89	222,22
Centro-oeste	24,81	73,97	84,48	87,79	98,07	252,54
Sudeste	9,77	76,8	86,3	88,41	97,12	310,17
Sul	9,76	79,8	88,53	89,88	98,37	191,67
Brasil	5,55	73,18	83,97	85,06	95,06	310,17

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

Com o uso da análise de agrupamento, método de análise estatística multivariada, foi possível identificar dentro de cada um destes, a partir das informações das coberturas de diversas vacinas no ano de 2019, como se agrupam os municípios, levando em consideração também o seu quantitativo populacional. Além dos mapas apresentados a seguir, os agrupamentos nos estados avaliados também são apresentados no Anexo C.

O Mapa 11 representa o agrupamento dos municípios do estado Acre. A análise de agrupamento dividiu o estado em dois grupos. O primeiro, com treze municípios, possui uma média populacional de 8.213 pessoas e cobertura vacinal média de aproximadamente 56,0%, especialmente nas vacinas da Poliomelite para 4 anos de idade e a Tríplice Bacteriana (DTP). Municípios como Xapuri, Rodrigues Alves, Assis Brasil e Feijó são exemplos desta situação. O segundo grupo, que inclui a capital Rio Branco, tem média populacional de 36.780 pessoas e cobertura vacinal média de 82,15%, destacando a Tríplice Viral-D1, Meningococo-C e Pneumocócica, todas atingindo uma média acima de 95,0% neste grupo.

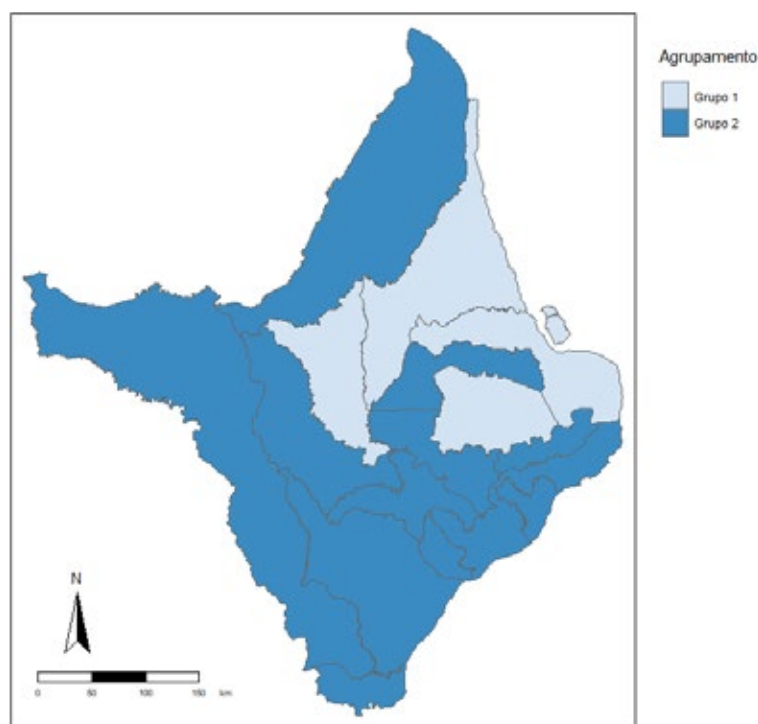
**Mapa 11 - Grupos de municípios do estado do Acre de acordo coma cobertura vacinal**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

No estado do Amapá a situação, como pode ser visto no Mapa 12, se apresenta de forma contrária ao do Acre. O grupo 1, com apenas quatro municípios e tendo uma média populacional menor, abaixo de cinco mil habitantes, apresentaram uma cobertura vacinal superior, com média de aproximadamente 112,0%. O segundo grupo, com doze municípios, apresentou cobertura vacinal média de 67,4%, sendo seus números mais baixos em relação à Poliomelite para 4 anos de idade e a Tríplice Bacteriana (DTP). Os municípios de Tartarugalzinho e Mazagão são exemplos de baixa cobertura nestes dois tipos de vacinação.

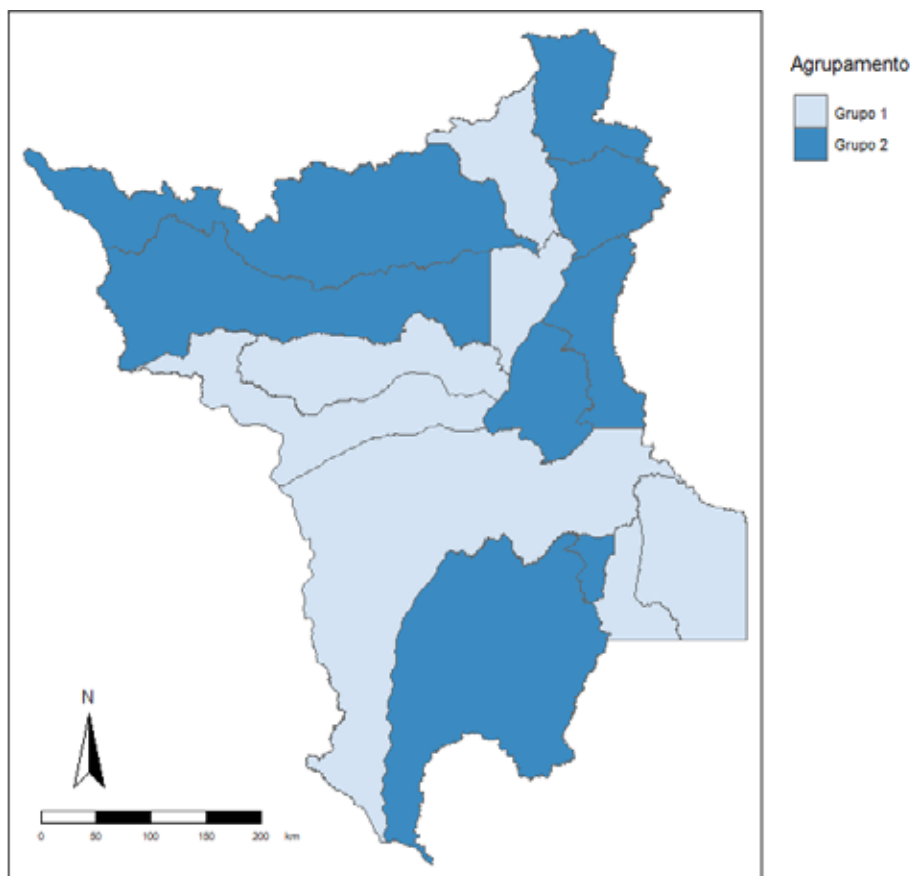
**Mapa 12 - Grupos de municípios do estado do Amapá de acordo com a cobertura vacinal**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

O estado de Roraima também se divide em dois grupos (Mapa 13). O primeiro, com sete municípios e que inclui a capital Boa Vista, tem uma média populacional maior e um percentual médio de cobertura vacinal também maior, com 83,13%. Neste grupo se destaca o município de Pacaraima, que apresenta em muitos tipos de vacinas um percentual acima de 120,0%, sendo os destaques a Tríplice Viral-D2 (236,8%), Tríplice Viral-D1 (295,8%) e Hepatite A (330,8%). Estes resultados provavelmente estão relacionados com alta taxa de migração de venezuelanos ocorrida nos últimos anos naquela localidade. O segundo grupo, com oito municípios, tem uma média populacional menor e uma cobertura vacinal média de aproximadamente 45,6%. Um dado extremamente preocupante é que neste grupo apenas três vacinas têm percentual médio acima de 50,0%, a BCG (80,5%), a Hepatite B (74,8%) e a Pneumocócica (53,0%).

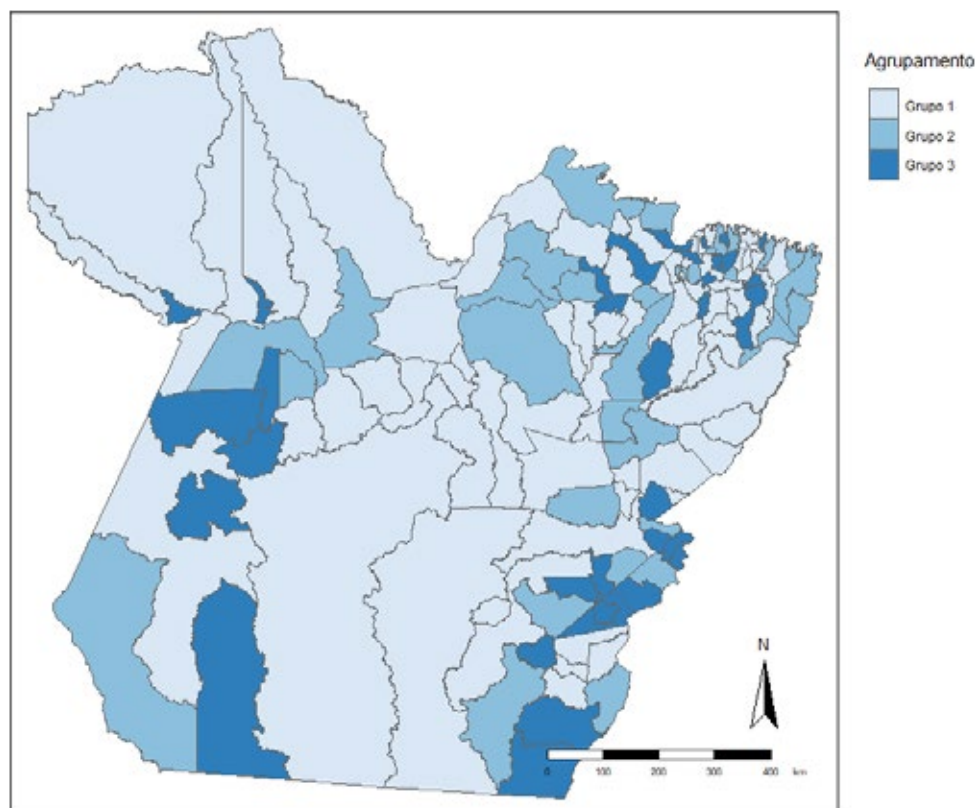
### Mapa 13 - Grupos de municípios estado de Roraima de acordo coma cobertura vacinal



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

No estado do Pará (Mapa 14) os resultados da análise multivariada proposta identificaram três grupos distintos de municípios. O grupo dois, com a segunda maior média populacional, apresentou um percentual médio de cobertura de aproximadamente 56,4%, tendo valores muito baixos para as vacinas de Poliomelite 4 anos e Tríplice Bacteriana (DTP). O grupo três, com menor média populacional, mesmo tendo médias de cobertura para Poliomelite 4 anos e Tríplice Bacteriana (DTP) abaixo de 60,0%, atingiu uma cobertura média geral de aproximadamente 95,0%, muito acima do grupo três.

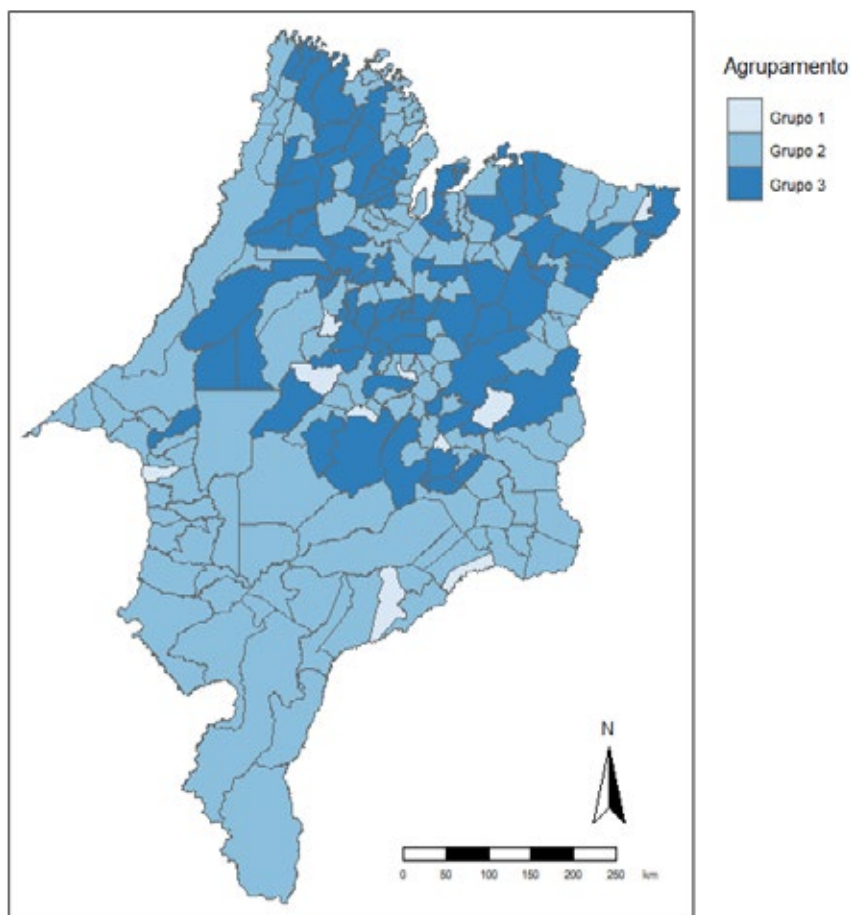
## Mapa 14 - Grupos de municípios do estado do Pará de acordo com a cobertura vacinal



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

No estado do Maranhão o grupo três, com média populacional maior que os dois grupos gerados a partir da análise agrupamento (Mapa 15), apresentou um percentual médio de cobertura muito baixo para a Poliomielite 4 anos e para a Tríplice Bacteriana (DTP). No caso da Poliomielite 4 anos, o percentual foi de 26,33% e da Tríplice Bacteriana (DTP\_REF\_4 e 6 anos) foi de 22,24%. Nos outros dois grupos, o percentual destas duas vacinas também é baixo. Os valores não atingem 60,0% de cobertura.

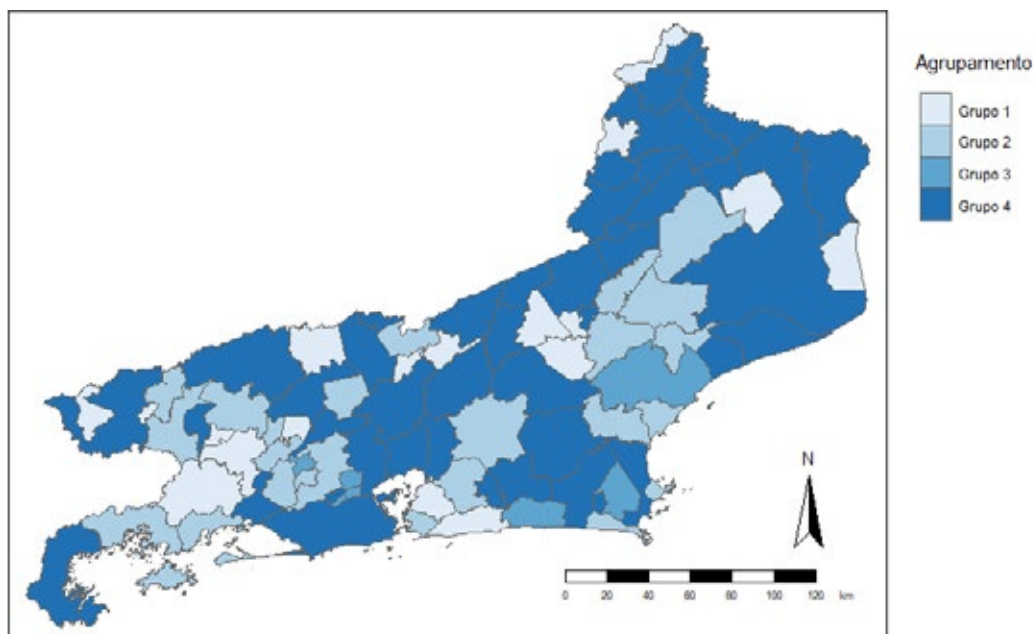
## Mapa 15 - Grupos de municípios do estado do Maranhão de acordo com a cobertura vacinal



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

O Rio de Janeiro foi dividido em quatro conglomerados, em que dois deles, apresentam motivos de preocupação devido à cobertura de vacinação. O grupo 2, com percentual média de cobertura de 52,4% e com valores para Febre Amarela e Poliomelite 4 anos entre 36,0 e 39,0%, e para Tríplice Bacteriana (DTP) abaixo de 30,0%. O grupo três apresenta resultados ainda mais baixos. Além de ter valores da Tríplice Bacteriana (DTP) abaixo de 13,0%, este grupo de municípios apresentou a Poliomelite 4 anos abaixo de 18,0%, a Poliomelite 1-Ref com 20,0%, a Febre Amarela com 21,0%, Hepatite B abaixo de 24,0% e a dTpa gestante abaixo de 28,0%. Neste grupo apenas Tríplice Vira\_D1 ultrapassa 43,0%, com aproximadamente 66,0% de percentual de cobertura.

## Mapa 16 - Grupos de municípios do estado do Rio de Janeiro de acordo com a cobertura vacinal

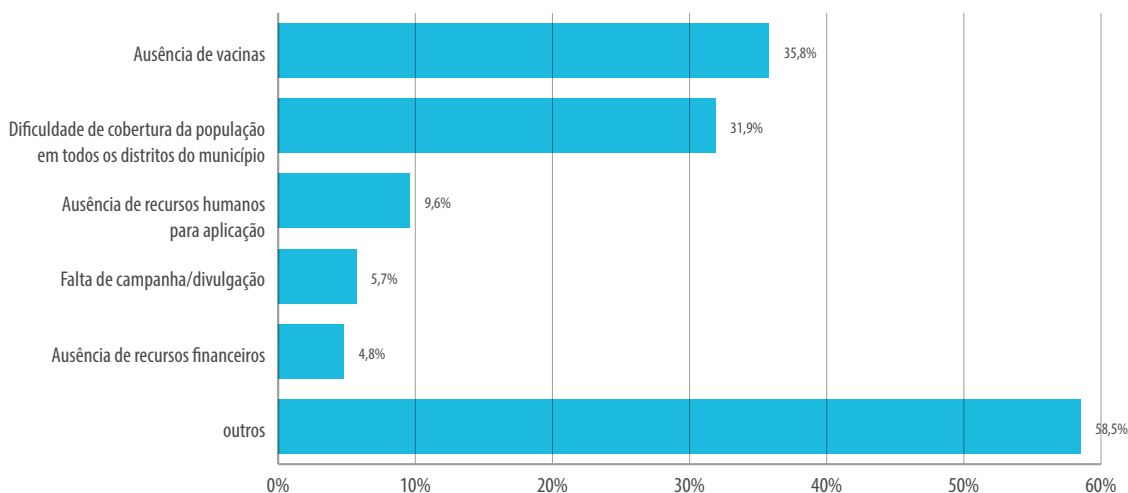


Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

Avaliando o restante do país, identificou-se que todos os outros estados tiveram pelo menos um município com cobertura mínima de 100,0%. Entre estes municípios é possível destacar Guarani D' oeste, Pedranópolis e Torre de Pedra, no estado de São Paulo; Lucrécia no Rio Grande do Norte; União do Sul e São José do Povo no Mato Grosso; Jateí no Mato Grosso do Sul; Pedro Teixeira em Minas Gerais; Erere no Ceará e Feira da Mata na Bahia. Todos estes, mencionados anteriormente, atingiram cobertura vacinal acima de 200,0%.

Visando compreender essas dificuldades em relação à vacinação, o questionário aplicado perguntou, aos respondentes dos municípios, quais eram as principais dificuldades enfrentadas para atingir 100,0% de cobertura vacinal. Aproximadamente 24,0% responderam que uma das dificuldades de atingir uma cobertura vacinal perfeita se dá pela falta de vacinas. Entre os estados com mais municípios, que informaram este quesito, estão Santa Catarina e São Paulo, com onze em cada um deles. Pouco mais de 21,0% dos respondentes afirmaram que a principal dificuldade reside em acessar a população em todos os distritos do município. Neste grupo de respondentes, municípios dos estados de São Paulo e Bahia apresentam o maior quantitativo, onze e nove respectivamente. A falta de recursos humanos para aplicação também foi destacada por 6,5% dos respondentes. São Paulo e Paraná, com cinco e quatro municípios respectivamente foram os estados com maior quantitativo de respostas com este quesito. Na opção "Outros", indicada em 58,51% das respostas, afirmações relacionadas a baixa adesão/procura do público-alvo são os motivos mais apresentados, representando mais de 70,0% das respostas neste quesito.

**Gráfico 49 - Dificuldades para a cobertura vacinal nos municípios (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Entre os estados e o Distrito Federal a resposta mais frequente sobre a dificuldade de atingir cem por cento de cobertura vacinal foi “dificuldade cobertura da população em todos os distritos do município”, citada por treze deles. Na sequência as respostas “ausência de vacina”, “ausência de recursos humanos para aplicação” e “falta de campanha/divulgação” citadas por seis estados. O estado de Pernambuco foi único que citou as quatro respostas mais frequentes e incluiu também a ausência de recursos financeiros. Apenas Espírito Santo, Mato Grosso, Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo indicaram apenas a resposta “Outros”. Estes estados, juntos com Piauí e Santa Catarina, são os que não informam a “dificuldade cobertura da população em todos os distritos do município” como obstáculo para vacinação. Piauí e Santa Catarina têm em comum, segundo as informações retiradas dos questionários, a “ausência de vacina” como dificuldade.

Por fim, este levantamento buscou também elucidar importante debate acerca do fornecimento de medicamentos que versa sobre a obrigação por parte do estado em fornecer remédios de alto custo, onde uma parcela dos estudiosos, que olham para a judicialização da saúde e seus desdobramentos, destacam como as exigências de aquisição de medicamentos impactam negativamente as políticas públicas de saúde.

Ainda que o estado possa ser obrigado a fornecer medicamentos, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para aquisição. Em decisão recente do Supremo Tribunal Federal (STF), durante o julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 566471<sup>20</sup>, o entendimento passou também a considerar que o

20 Recurso julgado em 11 de março de 2020, disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566471.pdf>>



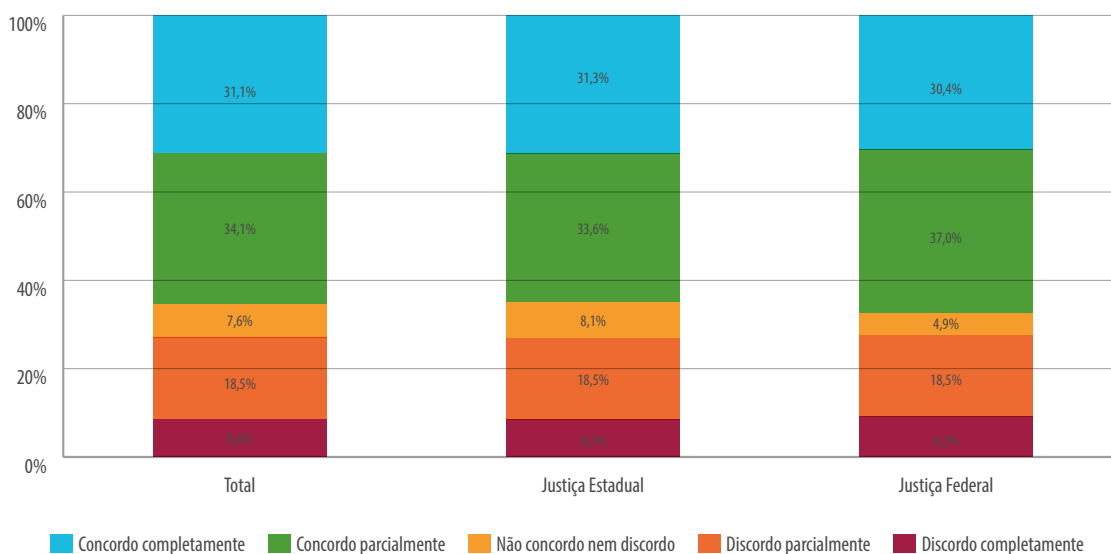
estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Deste modo, foi perguntado aos magistrados participantes do levantamento se eles concordavam ou discordavam da afirmação que diz que, “Em caso de demanda por medicamento, somente são consideradas procedentes aquelas em que o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa”.

A maioria dos magistrados respondentes, mais de 60%, afirmou concordar em alguma medida com a afirmação apresentada, sendo a resposta mais frequente a de que concordaram parcialmente com a afirmação. De todos os participantes menos de 10% afirmaram discordar completamente da frase apresentada.

A frequência da concordância parcial pode estar atrelada ao caráter individual que as demandas de saúde apresentam, necessitando frequentemente de análises caso a caso para que a decisão mais coerente seja proferida em prol da garantia do direito à saúde.

**Gráfico 50 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, com a frase sobre demanda por medicamento e a consideração de procedência somente quando o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

O fornecimento de medicamentos conforme já mencionado anteriormente é, ao longo dos anos, uma das demandas mais judicializadas em relação à temática Saúde. Os dados apresentados so-

bre a judicialização de medicamentos apontam para uma tendência de aumento de novos casos dessa natureza e com uma predominância de judicializações na região Sudeste. Cabe ressaltar que a região Sudeste foi também destacada como a região que mais apresentou municípios que apontam para o desabastecimento constante das listas de medicamentos, podendo residir aí um importante ponto de atenção. Nesse sentido a busca por estabelecer políticas públicas para este e outros serviços deve ser um dos caminhos para a diminuição da existência destes processos. Na próxima seção, além do uso das informações do DataJud sobre sentenças dos processos, será apresentada a opinião de gestores e magistrados sobre questões relacionadas às decisões judiciais.

## 4.7 A ATUAÇÃO DO JUDICIÁRIO EM DEMANDAS DE SAÚDE E A ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA DAS DEMANDAS JUDICIALIZADAS DE SAÚDE

Nesta seção será apresentada uma análise sobre as percepções das secretarias estaduais e municipais e dos magistrados em relação às sentenças dos processos e como estas estão integradas ou não com a realidade de cada um dos entes respondentes. Ademais, também serão apresentados indicadores processuais referentes às informações extraídas das demandas recebidas pelo Judiciário com assuntos associados ao direito à saúde, bem como um balanço sobre o orçamento estadual e municipal comprometido em virtude do cumprimento de decisões judiciais.

No que se refere às percepções das secretarias e dos magistrados, foi perguntado aos estados e aos municípios se as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes. Já em relação aos magistrados, estes foram indagados sobre o grau de concordância com uma série de afirmações, tais como o papel do Judiciário em relação às políticas públicas já existentes no Executivo, a produção de provas sobre os autores de ações que versam sobre saúde e determinados procedimentos.

Por sua vez, as informações que compõem os indicadores processuais que serão apresentadas - a saber: proporção de processos deferidos e indeferidos, proporção de recursos e tempos de sentença e de proferimento de liminares - foram extraídas do repositório DataJud e se mostram essenciais para compreender como as sentenças do tema saúde se portam.

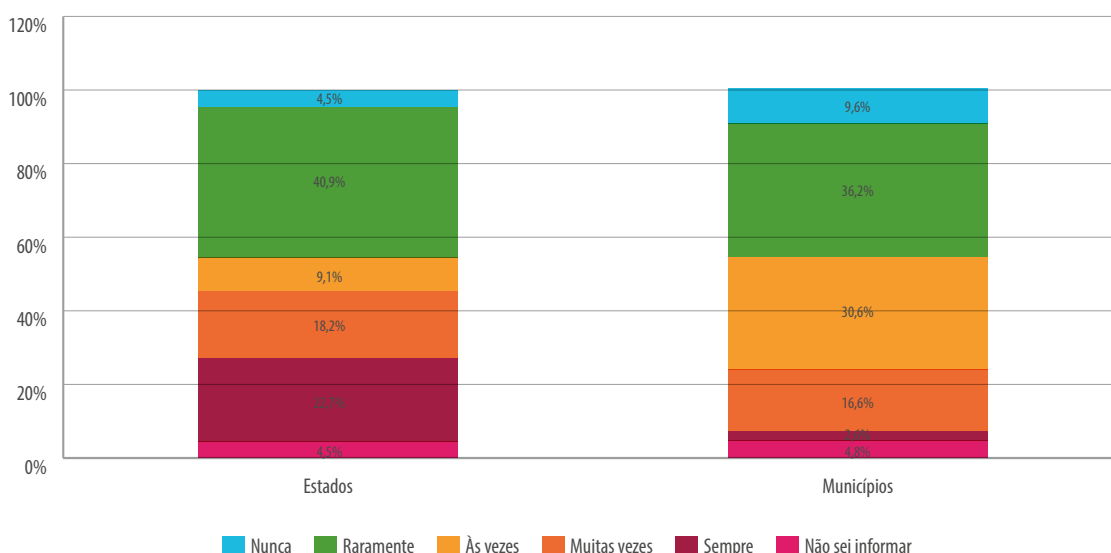
Por fim, no levantamento aplicado junto às secretarias também foi indagado a porcentagem do orçamento de 2019 que foi comprometida para o cumprimento de decisões de liminares. Esse dado busca elucidar o importante debate que se tem acerca da judicialização da saúde e seus impactos nos orçamentos dos órgãos gestores das políticas de saúde.

Assim sendo, na primeira parte do formulário aplicado às secretarias municipais e estaduais de saúde, é apresentado um questionamento sobre a frequência com que as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes. Como se pode observar no Gráfico 51, aproximadamente metade dos respondentes informou que “raramente” ou “nunca” as políticas públicas são consideradas para a tomada de decisão, nas demandas de saúde, pelo Judiciário. Menos frequentes foram as respostas que apontaram a observância das orientações do Poder Executivo local para a tomada de decisão nos julgamentos produzidos pelos Magistrados.

Importante salientar que, no âmbito estadual, as instituições respondentes de Mato Grosso e Rio Grande do Norte informaram que, respectivamente, as decisões judiciais consideram “sempre” e “quase sempre” as políticas públicas existentes. Apenas seis Secretarias Municipais de Saúde, de quatro estados diferentes declararam que as decisões judiciais “sempre” consideram as políticas públicas. São elas: São Mateus (ES), Aiuruoca (MG), Cambiú (MG), Barra do Bugres (MT), Catolé do Rocha (PB), Sumé (PB). No questionário destinado aos tribunais, não constava pergunta equivalente para comparação dos resultados.

Apenas 2,6% das Secretarias Municipais de Saúde responderam que as políticas públicas existentes são sempre consideradas e 9,6% afirmaram que as políticas públicas nunca são consideradas. Considerando que 4,8% dos respondentes não souberam dar essa informação, isso indica que 83% das respostas evidenciam que o processo de reconhecimento das políticas públicas é feito de maneira esporádica.

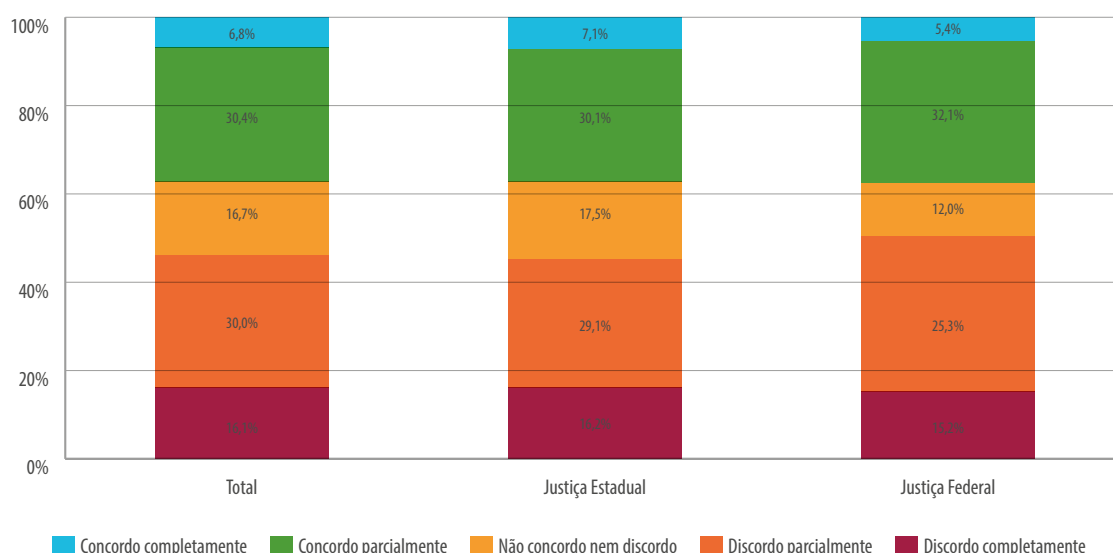
**Gráfico 51 - Frequência com que as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

No que se refere à percepção dos magistrados, aproximadamente 46% dos respondentes discordam em algum nível da afirmação “Em geral, as decisões são tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de Saúde, sendo o processo judicial apenas um “acelerador” do cumprimento de ações já previstas pela Administração (incluindo seu orçamento)”, no entanto, deste dado não se pode inferir se este sentimento surge do desconhecimento das políticas de saúde existentes nos estados, ou pelas demandas dos casos concretos que extrapolam estas políticas, ou simplesmente da ineficácia das políticas adotadas.

**Gráfico 52 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre as decisões serem tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de Saúde**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

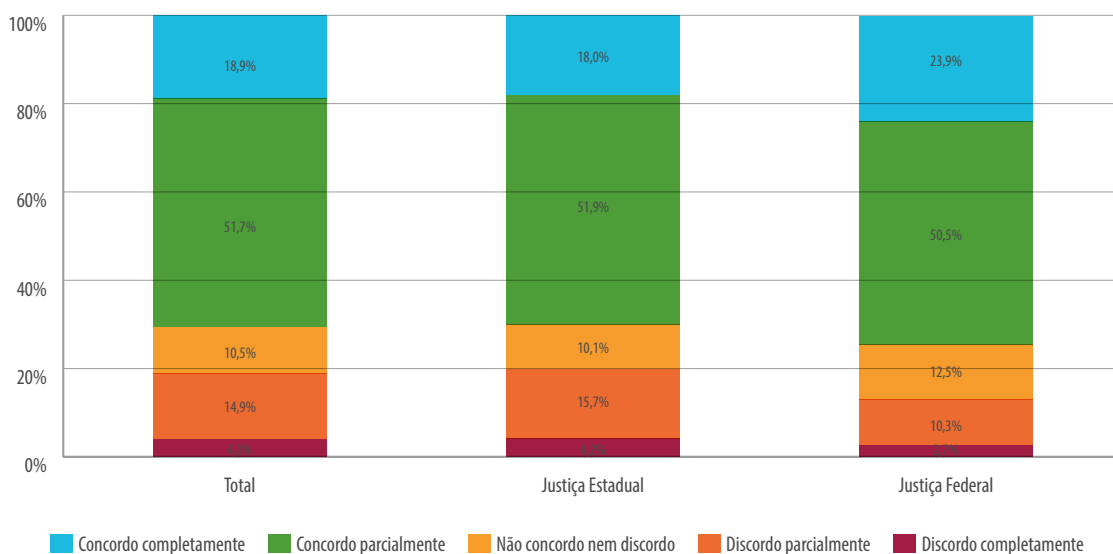
Além disso, cabe pontuar que, em relação à frase “As partes não trazem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto”, 70,6% dos magistrados respondentes concordaram em certo nível com a afirmação, enquanto 18,9% discordaram. Cabe pontuar que existem mecanismos legais para que os magistrados supram necessidades ou falta de provas no decurso processual, porém, a falta de instrução de provas pode prejudicar o próprio pleito e a obtenção do direito à saúde. Além disso, ao observar os números discriminados por Justiça Estadual e Justiça Federal percebe-se que os números seguem quantitativos semelhantes, com 69,9% dos magistrados da justiça estadual concordando com a sentença e 74,4% dos de justiça federal.

De tal forma, um reflexo desta má instrução na apresentação de provas se dá a partir da análise da afirmação “A maior parte dos processos que analiso não há apresentação de ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário”, onde

49,3% dos magistrados entrevistados concordaram em certa medida com a sentença, enquanto 40,3% discordavam em alguma medida.

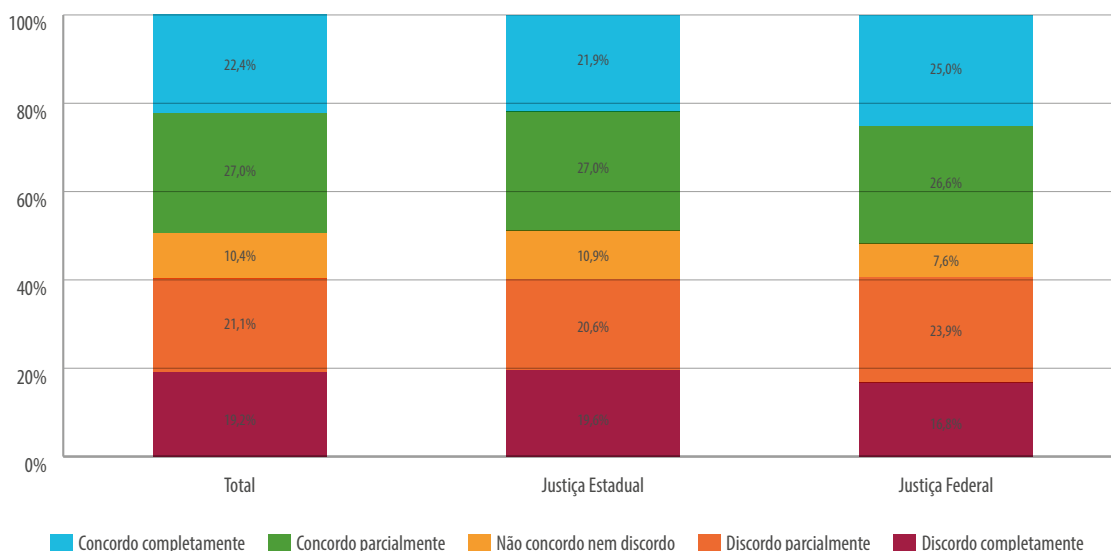
Podem ser abstraídas duas hipóteses para a análise destes dados, a primeira se consubstancia na dificuldade de um documento formal onde a administração comprove a sua negativa da prestação. A segunda se relaciona com a terceira afirmação, uma vez que a falta de documentos que comprovem negativa por parte da administração pública seja um dos motivos para os magistrados considerarem as petições mal instruídas de provas.

**Gráfico 53 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre as partes não trazerem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Gráfico 54 - Avaliação de concordância, por tipo de Justiça, da frase sobre a maior parte dos processos não apresentarem ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

O indicador apresentado a seguir buscou compreender o tempo médio de duração da fase de conhecimento do processo, que é caracterizada quando as partes dão entrada no processo até a primeira sentença. Com ela há o reconhecimento do direito tratado e o mesmo é declarado. A fase de conhecimento é, portanto, mais célere que a fase de execução. Segundo o painel do Justiça em Números<sup>21</sup>, o tempo médio da fase de conhecimento é atualmente de 1 ano para a Justiça Comum de 1º Grau e de 1 ano e 6 meses nos Juizados Especiais.

Os valores apresentados abaixo em meses informam o tempo médio da fase de conhecimento dos processos com data de movimentação inicial entre 2015 e 2020 de demandas relacionadas à saúde segundo o grau de jurisdição, apresentados em meses, para a Justiça Estadual e para a Justiça Federal.

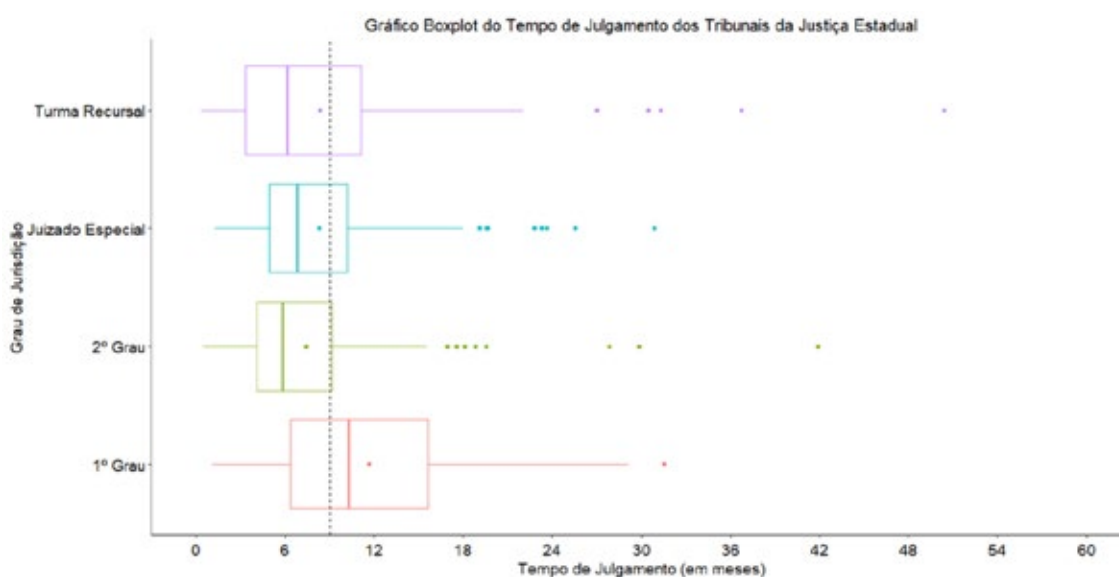
Os segmentos de Justiça Estadual e Federal registraram tempo médio <sup>22</sup>de 9 meses e 10 meses, respectivamente, para julgar as lides, a contar da primeira movimentação até a primeira sentença do processo.

21 Disponível em: <[https://painéis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw\\_/PainelCNJ.qvw&host=QVS@neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT](https://painéis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_/PainelCNJ.qvw&host=QVS@neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT)>

22 O tempo médio de ambos os segmentos das Justiças está representado pela linha preta pontilhada em cada um dos gráficos.

Na primeira instância da Justiça Estadual, o tempo médio até a primeira sentença do processo foi de, aproximadamente, 12 meses e, como já mencionado, essa é a jurisdição que mais recebe demandas, influenciando, assim, o tempo médio da Justiça Comum como um todo. Já os processos recebidos e reconhecidos pelos Juizados Especiais registraram tempo médio da fase de conhecimento em torno de 8 meses e meio, o que reitera a tendência geral desse grau de jurisdição em ser mais célere. Contudo, foi na segunda instância, o menor tempo de julgamento (7 meses e meio). Vale ressaltar, no entanto, que a variabilidade<sup>23</sup> da primeira instância foi alta (quase 9 meses), isto é, há Magistrados que julgaram (a primeira sentença) em menos de 2 meses e outros que o fizeram em mais de 2 anos, como se observa no Gráfico 55. Nas demais jurisdições (2º Grau, Juizado Especial e Turma Recursal), essa variação não chega a 6 meses.

**Gráfico 55 - Boxplot do tempo médio (em meses) da fase de conhecimento dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Estadual segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020**



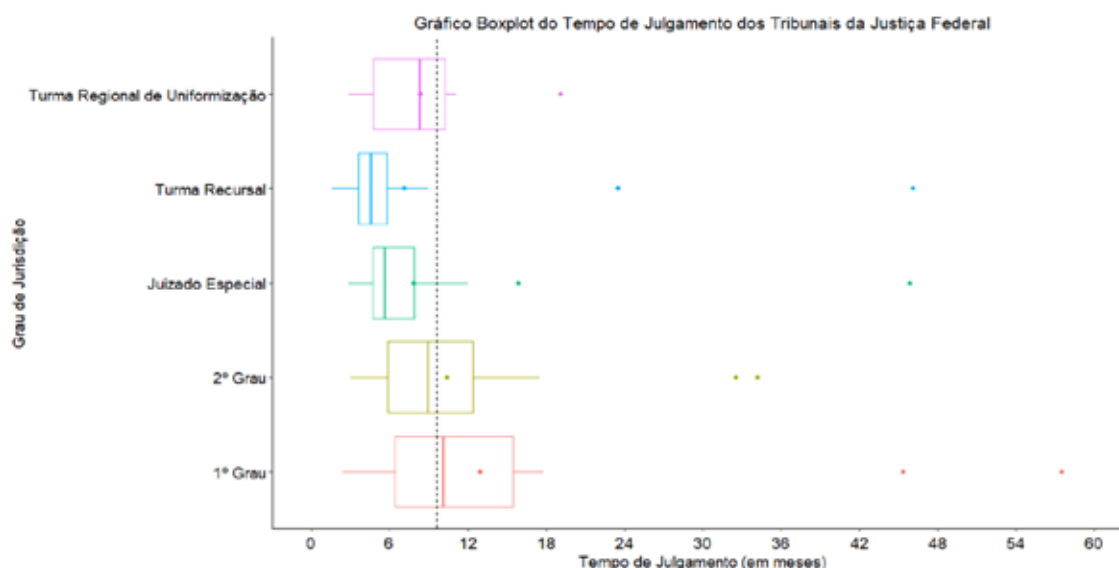
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

No que se refere aos tempos de conhecimento dos processos ingressados na Justiça Federal, os recebidos em primeiro grau apresentaram uma média de 13 meses da primeira movimentação até a primeira sentença, enquanto os de segundo grau registraram cerca de 10 meses e meio. Os Juizados Especiais desse segmento de justiça, seguindo o padrão já citado, apresentaram tempo médio de 8 meses até a primeira sentença. De forma similar à Justiça Estadual, a primeira

<sup>23</sup> Por meio de gráficos do tipo “Boxplot”, é possível extrair cinco estatísticas importantes de um conjunto de dados: os valores mínimo e máximo, mediana, primeiro quartil e terceiro quartil. A variabilidade é representada pelo tamanho da caixa: quanto mais achatada, menos dispersos são os dados e menor é a variabilidade deles, e quanto mais larga for a caixa, maior variação há entre os dados. A linha localizada no interior da caixa representa a mediana, cujo valor é muito próximo ao da média. Nos casos ilustrados das Justiças Estadual e Federal, a média e a mediana diferem, em, no máximo 2 meses.

instância apresenta maior variabilidade de tempo de julgamento (cerca de 8 meses e meio), enquanto a Turma Recursal não alcança 5 meses (ver Gráfico 56).

**Gráfico 56 - Boxplot do tempo médio (em meses) da fase de conhecimento dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Federal segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020**



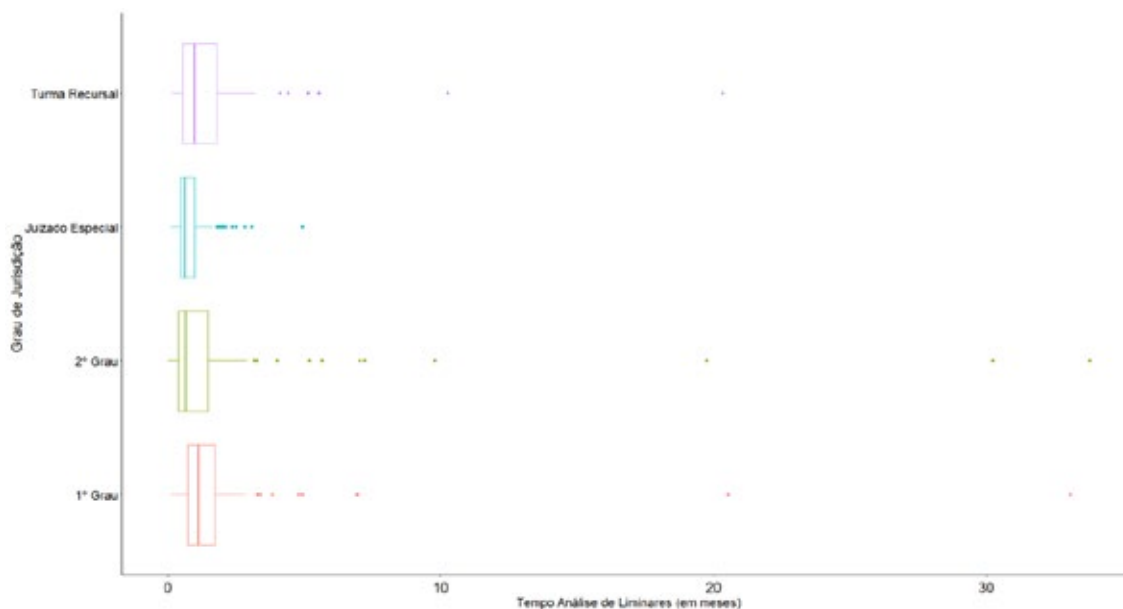
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

Com relação às liminares, entre os anos de 2015 e 2020, o Gráfico 57 mostra que os segmentos de Justiça Estadual e Federal registraram tempo médio de 1,4 meses e 2,9 meses, respectivamente, para análise das liminares, sejam elas concedidas ou não, a contar da primeira movimentação do processo. Tais tempos equivalem a 43 dias na Justiça Estadual e 86 dias na Justiça Federal.

Dentre todos os graus de jurisdição da Justiça Estadual, os Juizados Especiais registraram o menor tempo médio de análise de liminares (0,8 meses ou 25 dias) e menor variabilidade entre os anos de 2015 e 2020 (20 dias), o que reitera a tendência geral desse grau de jurisdição ser mais célere. Foi na segunda instância o maior tempo de análise de liminares (1,8 meses ou 52 dias), bem como de maior variabilidade (4 meses ou 128 dias). Nas demais jurisdições (1º Grau e Turma Recursal), o tempo médio de análise de liminares e sua variação foram semelhantes: 1,6 meses e variação máxima de 3 meses.



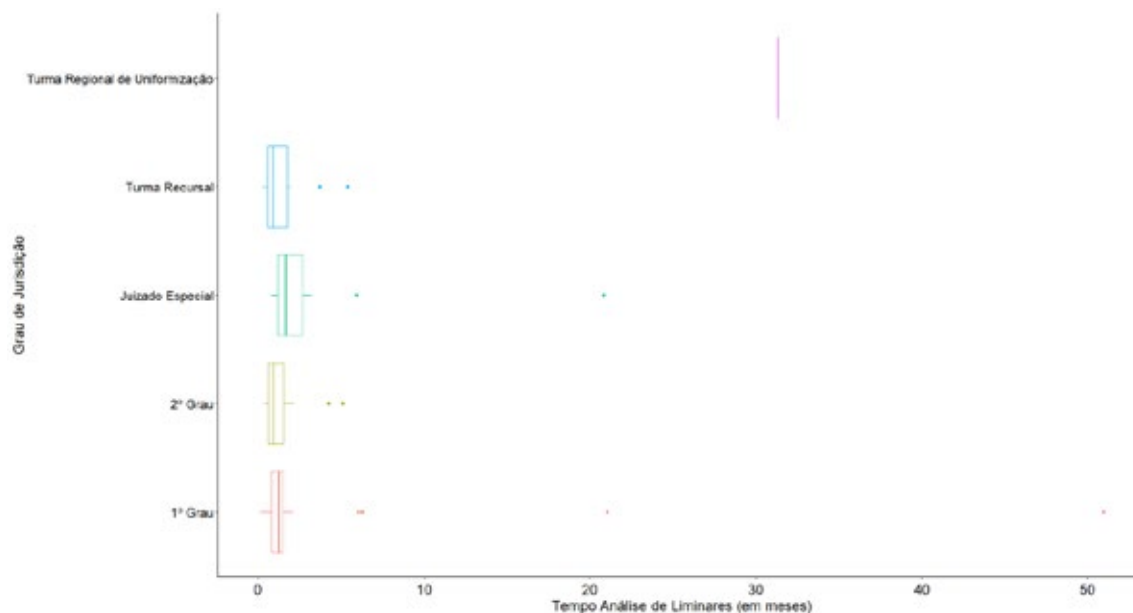
**Gráfico 57 - Boxplot do tempo médio (em meses) da análise de liminares dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Estadual segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

No que se refere aos tempos de análise de liminares de processos ingressados na Justiça Federal, conforme Gráfico 58, o primeiro grau de jurisdição apresentou média de 3,9 meses (ou 118 dias) da primeira movimentação até a primeira liminar analisada. A segunda instância e a Turma Recursal registraram o menor tempo médio dentre todas as jurisdições (40 dias) e menor variação entre os anos de 2015 e 2020 (1,2 meses). Os Juizados Especiais desse segmento de justiça não foram os mais céleres, ao contrário do identificado na Justiça Estadual. Apresentaram tempo médio de 3 meses (89 dias) até a primeira liminar com variabilidade de quase 5 meses do tempo de análise da primeira liminar é maior na primeira instância (cerca de 10 meses). A Turma Regional de Uniformização contou com apenas um registro a partir dos filtros estabelecidos para composição da amostra. No TRF 4, em 2017, a TRU levou cerca de 30 meses para análise de liminar.

**Gráfico 58 - Boxplot do tempo médio (em meses) da análise de liminares dos processos com demandas relacionadas à saúde da Justiça Federal segundo Grau de Jurisdição, 2015 a 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

A sentença é um pronunciamento por meio do qual, conforme já citado anteriormente, tanto estabelece fim à fase de conhecimento do processo como extingue a execução do mesmo. Ou seja, é através desse pronunciamento que se decide acolher ou não a causa, findando o processo na instância em que se encontra. Nos casos de judicialização da saúde pública, o fim do processo marca, muitas vezes, o início de uma obrigação a ser cumprida pelos órgãos gestores de saúde do Poder Executivo.

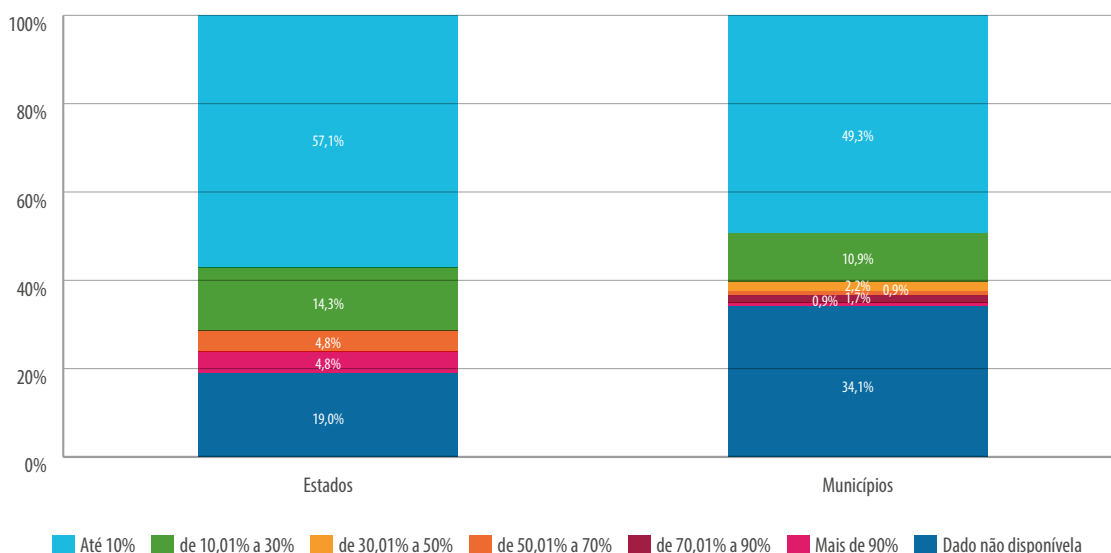
Dentro das discussões acerca dos desdobramentos da judicialização da saúde nessas instâncias governamentais, os impactos orçamentários têm recebido atenção especial. A preocupação aqui gira em torno de como os direitos individualmente assegurados, por meio das peças processuais, podem comprometer os orçamentos destinados à saúde, o que, por sua vez, comprometeria a garantia do direito de maneira coletiva.

Se por um lado é verdade que o excesso de judicialização pode impactar negativamente os orçamentos dos órgãos executivos de saúde, priorizando demandas individuais em detrimento do direito coletivo (Costa, Silva & Ogata, 2020), também é preciso levar em consideração que faz parte do papel do Judiciário garantir o direito aos indivíduos que o pleiteiam. Cabe aqui destacar que é papel dos estados a organização e a prestação do direito à saúde, de forma que a intercessão do Judiciário para garantir tais direitos passe a ser absolutamente excepcional.

Assim sendo e buscando compreender as dimensões do fenômeno acerca dos impactos orçamentários, o levantamento realizado junto às secretarias estaduais e municipais de saúde questionou, em porcentagens, quanto do orçamento estadual e municipal do ano de 2019 foi comprometido com cumprimento de decisões judiciais vinculadas à judicialização da saúde<sup>24</sup>.

O Gráfico 59 apresenta o resultado do quanto da parte orçamentária estadual e municipal de 2019 foi destinada à resolução de demandas judicializadas. Nele é possível observar que 49,3% dos respondentes afirmaram que destinam até 10% de todo o orçamento municipal para o cumprimento de decisões judiciais. Ainda que 34,1% das secretarias respondentes não soubessem informar quanto do orçamento é comprometido, é importante destacar que 5,6% das Secretarias Municipais (correspondente a 13) relataram que o cumprimento dessas decisões compromete mais de 30% do orçamento. Dessas 13 Secretarias, seis afirmaram reservar mais de 70% do orçamento para tal. São elas: Porto Nacional (TO), Conselheiro Lafaiete (MG), Rio Claro (SP), Bom Despacho (MG), Arapoema (TO) e Uberlândia (MG).

**Gráfico 59 - Parte orçamentária estadual e municipal de 2019 destinada à resolução de demandas judicializadas**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

O Gráfico 59 se refere também à parte orçamentária da Unidade Federativa destinada à resolução de demandas judicializadas no ano de 2019. Do universo de respostas, quatro secretarias

<sup>24</sup> Cabe aqui ressaltar que os dados foram obtidos através do questionário aplicado. Ou seja, os dados aqui apresentados não partem de uma análise dos instrumentos orçamentários. Trata-se de um panorama criado de acordo com as informações submetidas pelas secretarias estaduais e municipais junto ao CNJ no momento de preenchimento do questionário, podendo ou não estar em conformidade com análises mais aprofundadas sobre os impactos orçamentários da judicialização da saúde que levem em consideração os instrumentos de dotação orçamentária.

não informaram o percentual – Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso e Rio Grande do Norte. Doze Unidades Federativas, afirmam destinar até 10% do orçamento a demandas judicializadas relativas à saúde. Este percentual está um pouco acima do encontrado entre os municípios, mostrado anteriormente, que foi de 49,3%. Além deste, outros três entes responderam que a verba destinada é de “10,01% a 30%”. As respostas que apresentam o maior índice de gasto com demandas judicializadas são as de “50,01 a 70%” com apenas um ente respondente (Paraíba). Além deste, a resposta que mais chama a atenção pelo nível de comprometimento orçamentária situa-se na opção de mais de 90% do orçamento estatal para fim de cumprimento de decisões judiciais no estado do Ceará.

Cabe pontuar que para saber a afetação orçamentária, caso a caso, seria necessária uma avaliação mais profunda da realidade de cada um dos entes respondentes e a forma como está influencia na dotação orçamentária.

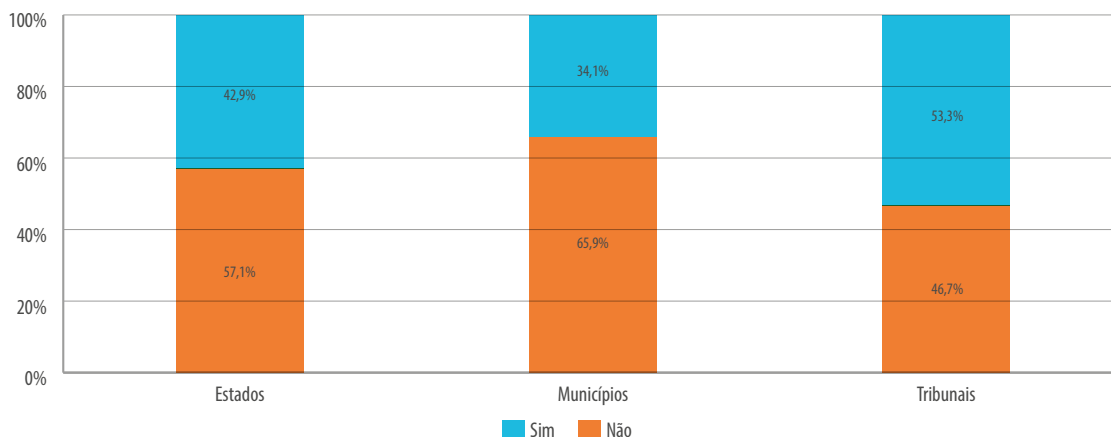
## 4.8 AÇÕES EM VIRTUDE DA COVID-19

Nesta parte do relatório, serão apresentados os resultados referentes ao bloco de perguntas da pesquisa destinadas a compreender as iniciativas tomadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, assim como pelos Tribunais Regionais Federais e os Estaduais, frente aos impactos da situação de emergência de saúde pública ocasionada pelo Coronavírus.

Um primeiro questionamento neste sentido foi sobre a existência, no âmbito de todas as instituições informantes, de interlocução administrativa para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde em um modelo de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional. Um terço das secretarias municipais constituíram instâncias de cooperação intersetorial para discussão das demandas de saúde, ao passo que pouco mais da metade dos tribunais recorreram a esse mecanismo.

Tais câmaras são compreendidas como dispositivos ou rede de cooperação para a tomada de decisões estratégicas para as demandas de saúde, a partir da discussão de casos e temas de interesse para o encaminhamento dessas demandas, com a participação de representantes e pontos focais das instituições pertinentes – Ministério Público, Defensoria Pública, gestores públicos e especialistas, órgãos com atuação direcionada ao tema de interesse, entre outros. Tais dispositivos surgem com instrumentos de fomento à cooperação intersetorial, induzidos pelo CNJ, por meio de normativas e instrumentos específicos.

**Gráfico 60 - Estabelecimento de Câmara de Apoio Administrativo em virtude do Coronavírus – Estados, Municípios e Tribunais (%)**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Entre os Tribunais Regionais Federais, os da 2ª e da 5ª Região declararam não possuir esse dispositivo. Com relação aos demais, os tipos de ato administrativo empregado na formalização da Câmara foram as Resoluções e as Portarias. Os Tribunais Estaduais que não constituíram esse mecanismo em decorrência do contexto pandêmico foram os seguintes: Alagoas, Amazonas, Bahia, Distrito Federal e Territórios, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Piauí, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Entre aqueles que informaram não possuir câmaras para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde genéricas, mas que implementaram instrumento específico para deliberação dos processos relacionados à COVID-19, estão os tribunais de Minas Gerais e de Pernambuco. As formas mais empregadas para a formalização das Câmaras específicas dos Tribunais Estaduais foram, majoritariamente, os Termos de Cooperação e as Portarias.

**Tabela 16 - Tipo de ato administrativo para formalização desta interlocução em virtude do novo Coronavírus, segundo os Tribunais (valores absolutos e %)**

Instituições	Total		Justiça Estadual		Justiça Federal	
	n	%	n	%	n	%
Termo de Cooperação	6	20,0%	-	-	6	50,0%
Portaria	5	16,7%	4	22,2%	1	8,3%
Convênio	1	3,3%	-	-	1	8,3%
Resolução	1	3,3%	-	-	1	8,3%
Não se aplica/Não respondeu	17	56,7%	14	77,8%	3	25,0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

As instituições mais citadas como membros componentes das câmaras específicas para o contexto pandêmico instituídas pelos Tribunais Estaduais (pergunta de múltipla escolha) são as seguintes: Procuradoria do Estado (10), Ministério Público Estadual (8) e Defensoria Pública Estadual (7). Com relação às respostas dos Tribunais Regionais Federais, todos os órgãos foram citados praticamente de forma igualitária.

**Tabela 17 - Prevalência de instituições participantes da interlocução interinstitucional em virtude no novo Coronavírus, segundo os Tribunais (valor absoluto e %)**

Instituições	Total		Justiça Estadual		Justiça Federal	
	Quantidade de respondentes	% de respondentes	Quantidade de respondentes	% de respondentes	Quantidade de respondentes	% de respondentes
Procuradoria do Estado	10	24,4%	10	29,4%	1	14,3%
Ministério Público Estadual	9	22,0%	8	23,5%	1	14,3%
Defensoria Pública Estadual	8	19,5%	7	20,6%	1	14,3%
Ministério Público Federal	5	12,2%	4	11,8%	1	14,3%
Defensoria Pública Federal	5	12,2%	3	8,8%	2	28,6%
Outro	3	7,3%	2	5,9%	1	14,3%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0%</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Sobre os entes federados que declararam não possuir Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional especificamente voltada às demandas judiciais do Novo Coronavírus, apenas três Unidades da Federação não demonstraram interesse na formalização dessa estrutura, sendo elas: Mato Grosso do Sul, Sergipe e São Paulo. Com relação aos municípios, pode-se identificar que aproximadamente 65,9% deles não possuíam Câmara de COVID-19 à época do levantamento e entre este, sete capitais, Belo Horizonte, Belém, Curitiba, Florianópolis, Manaus, Palmas e Porto Velho. Conforme apresentado na Tabela 18, constatou-se também, entre os municípios, um percentual significativo das respostas afirmativas sobre o interesse em implementar as câmaras especializadas, especialmente para as secretarias municipais respondentes localizadas na região Centro-Oeste. Apenas duas Secretarias de capitais afirmaram não ter interesse em formalizar uma Câmara COVID-19, Belo Horizonte e Belém.

**Tabela 18 - Percentual das secretarias municipais interessadas na formalização de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional, específica para demandas decorrentes do contexto pandêmico, segundo Região do Brasil (2020)**

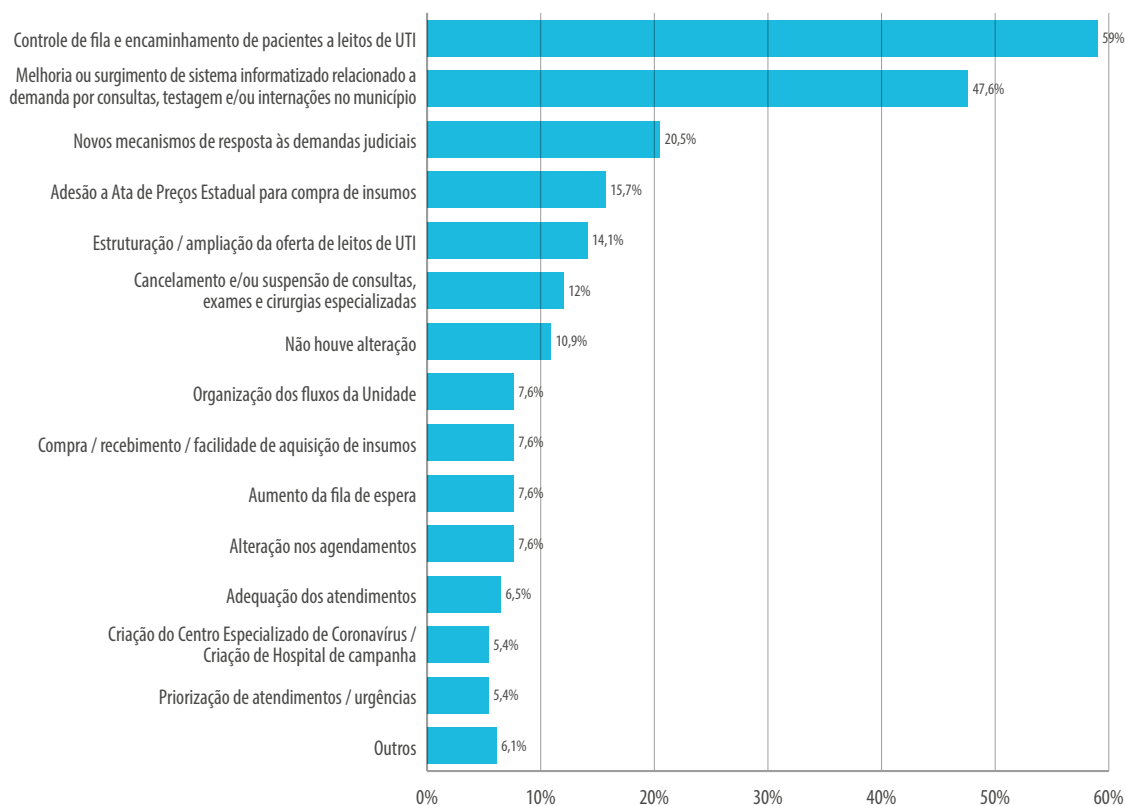
Região	Não possui Câmara	Interesse em formalizar Câmara	
		Quantidade de respondentes	% de respondentes
Centro-Oeste	11	11	100
Nordeste	28	23	82,1
Norte	13	9	69,2
Sudeste	62	52	83,9
Sul	37	30	81,1
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>125</b>	<b>82,8</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

Embora ainda restem questões não respondidas acerca da dinâmica do vírus e como o sistema de saúde deve se reorganizar para atender à crescente demanda, sabe-se que o enfrentamento às infecções causadas pela COVID-19 vem demandando leitos de UTI e tratamentos pulmonares em larga escala. Para além das questões sobre recursos administrativos mobilizados por diferentes instituições para lidar com demandas ocasionadas pelo contexto pandêmico, foi também de interesse do estudo mapear como essa contingência afetou as secretarias de saúde municipais, estaduais e distrital.

Os Gráficos 61 e 62 apresentam as informações coletadas acerca das principais alterações sofridas no sistema de saúde em decorrência da situação de emergência pública do novo coronavírus. Dentre as respostas mais citadas pelas secretarias municipais, se encontram o “controle de fila e encaminhamento de pacientes a leitos de UTI” e a “melhoria ou surgimento de sistema informatizado relacionado a demanda por consultas, testagem e/ou internações no município”. Para as secretarias estaduais, as respostas mais frequentes também foram as mesmas identificadas no levantamento junto às secretarias municipais.

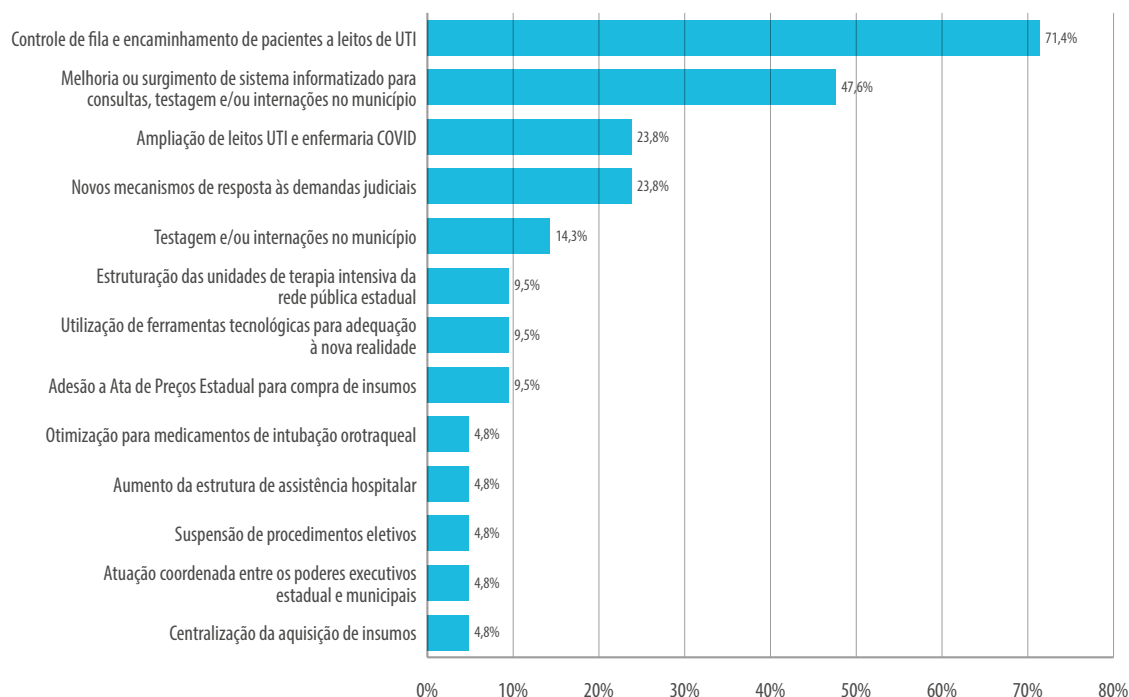
**Gráfico 61 - Secretarias Municipais: Principais alterações sofridas no Sistema de Saúde em decorrência da situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus, 2020**



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020



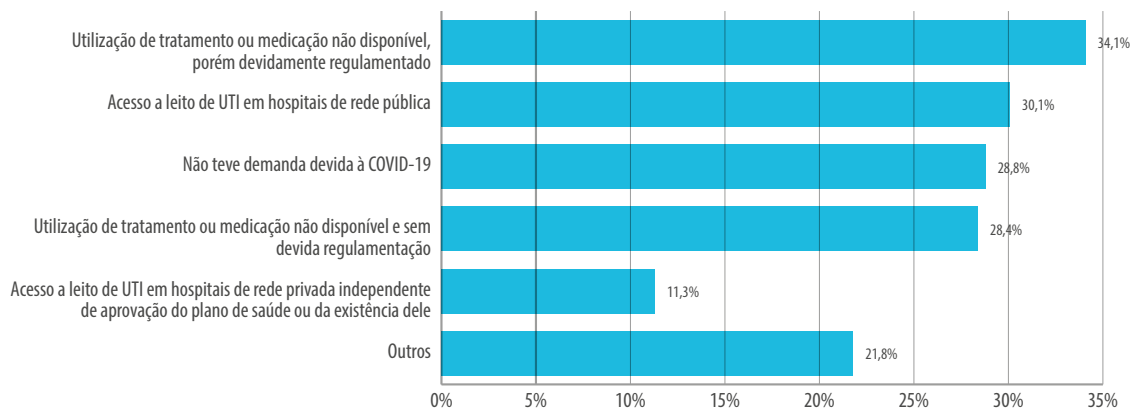
## Gráfico 62 - Secretarias Estaduais: Principais alterações sofridas no Sistema de Saúde em decorrência da situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus, 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

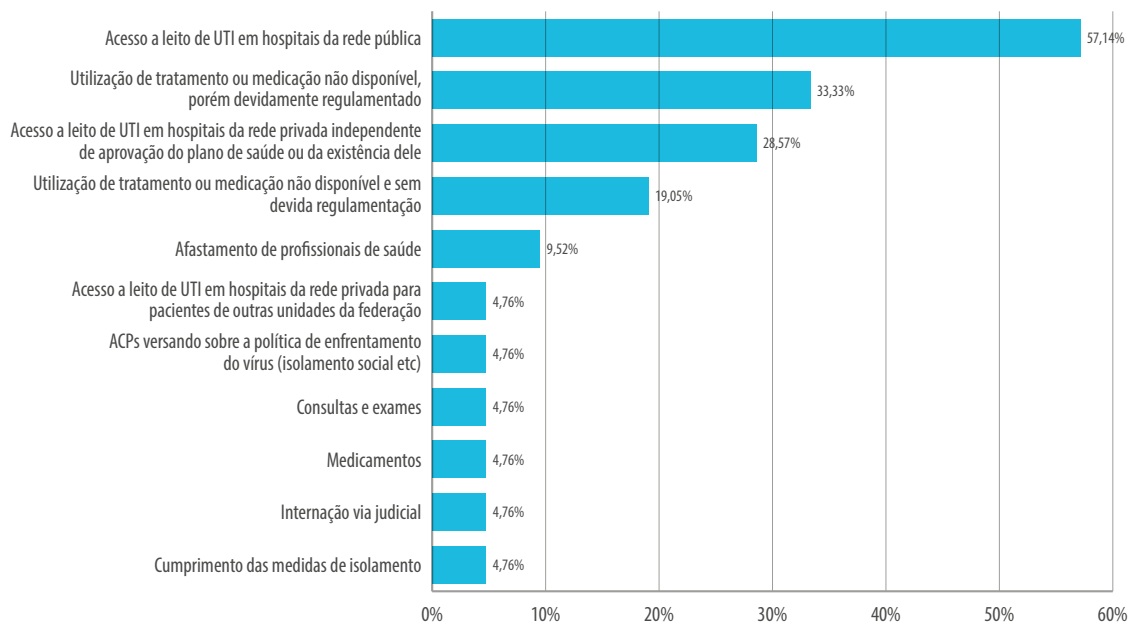
Os Gráficos abaixo, por sua vez, dispõem as informações sobre quais foram as principais demandas judiciais recebidas desde que se viu deflagrada a situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus. A resposta mais citada pelas secretarias de saúde municipais foi a “utilização de tratamento ou medicamento não disponível, porém devidamente regulamentado”, seguido pelo “acesso a leito de UTI em hospitais da rede pública”. Nas secretarias estaduais, as referências mais frequentes também foram as mesmas, sendo que “acesso a leito de UTI em hospitais da rede pública” foi a primeira mais citada, seguida por “utilização de tratamento ou medicação não disponível, porém devidamente regulamentado”.

### Gráfico 63 - Secretarias Municipais: Principais demandas judiciais recebidas desde que se viu deflagrada a situação de emergência pública decorrente do novo Coronavírus, 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

### Gráfico 64 - Secretarias Estaduais: Principais demandas judiciais recebidas desde que se viu deflagrada a situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus, 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

O surgimento da pandemia aumentou ainda mais a necessidade de investimento, por parte do estado, na saúde pública. A demanda por atendimentos, medicamentos, internações foi só aumentando ao longo do ano de 2020. Nesse sentido, cabe aqui uma discussão sobre como se dá o uso dos orçamentos com relação a casos de judicialização da saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste cenário, de diversos desafios aos serviços de saúde, torna-se fundamental analisar os possíveis impactos que as políticas públicas de saúde vêm sofrendo pelas decisões judiciais e entender os impactos que implicam às políticas judiciárias. Assim, as informações levantadas a partir das múltiplas fontes de informações – a saber formulários aplicados à secretarias estaduais e municipais de saúde, magistrados e tribunais, bem como acesso a dados advindos de múltiplas bases de dados, como DataJud e Sistemas do Ministério da Saúde<sup>25</sup> – apontam algumas constatações importantes e que podem servir de orientação para o desenho de estratégias de fomento a uma maior integração ou cooperação entre as instituições afetadas diretamente pelos processos de judicialização da saúde no Brasil.

Como abordado na parte introdutória do relatório, há uma vasta gama de pesquisas produzidas e de conclusões advindas desses estudos, no tocante aos impactos da crescente demanda processual sobre a oferta de serviços de saúde e sobre uma quase sempre desarticulada rede de organizações e entidades públicas competentes para lidar com o problema. Essa não é uma questão que afeta apenas a qualidade e a capilaridade dos serviços de saúde. Em várias searas de atuação governamental, a governança e o estabelecimento de redes articuladas e orgânicas de prestação de serviços públicos é um desafio constante.

Entretanto, podemos observar a proposição de uma série de estratégias de fomento, indução e orientação aos entes federados, nas últimas décadas, para o aprimoramento de instrumentos e mecanismos para qualificar e racionalizar as políticas públicas existentes e a interlocução com o Judiciário. Exemplos disso são, por parte do Poder Executivo Federal, a política de medicamentos preconizada pelo Sistema Único de Saúde do Brasil no âmbito da assistência farmacêutica e os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário estabelecidos por Resolução do Conselho Nacional de Justiça<sup>26</sup>.

Os dados analisados nessa pesquisa apontam algumas constatações preliminares sobre os cenários evidenciados pelas diversas fontes de dados utilizadas. Inicialmente os dados do Justiça em Números já evidenciam que entre os assuntos mais demandados ao Poder Judiciário se encontram Fornecimento de Medicamentos e Tratamento Médico-hospitalar. Para complementar os dados do DataJud mostram que há um alto percentual de processos com concessão de liminar entre os principais assuntos de Saúde que são demandados. O resultado mostra que apenas a temática Plano de Saúde possui concessão de liminar abaixo de 80,0%, todos os outros estão

<sup>25</sup> Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a Cobertura de vacinação e o quantitativo de profissionais da área da saúde

<sup>26</sup> CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução N° 238/2016. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339#>>. Data do acesso: 12 de janeiro de 2021.

nessa faixa percentual, sendo Saúde Mental e Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI os que tiveram os percentuais de concessão mais altos, ambos acima de 86%.

Há ainda, no âmbito da temática de Saúde, um alto percentual de deferimentos tendo o grupo de assuntos relacionados a Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI aquele que apresenta o maior percentual com 84% de deferimento das demandas.

Paralelamente representantes de estados, municípios e Distrito Federal indicavam que entre as especialidades médicas mais judicializadas estava, em primeiro lugar, a de ortopedia e traumatologia. Com os dados do Ministério da Saúde, foi possível perceber que há um número muito alto de municípios do país sem este tipo de profissional e em muitos estados o maior número destes profissionais se encontra em poucos municípios, geralmente nas capitais e em algumas cidades de grande porte do interior do estado. No Piauí e Roraima a situação é mais preocupante. Este percentual de municípios ultrapassa 86,0%.

Outra especialidade que foi mencionada pelas secretarias, tanto estaduais quanto municipais, foi de cardiologia. Essa resposta dialoga com a informação encontrada no mesmo questionário de que em alguns estados a espera para o atendimento dessa especialidade ultrapassa 6 meses.

Com relação ao desabastecimento de medicamentos, a maior parte dos respondentes citou, como maiores causas do desabastecimento das listas de medicamentos, problemas licitatórios e demora no fornecimento, após autorização. Esses problemas foram citados em mais de 70% das secretarias estaduais que padecem, de alguma forma, com os desabastecimentos, e em 43% das secretarias municipais. São problemas que colaboram para que os Poderes Executivos não forneçam de forma adequada os medicamentos de sua lista. Outro problema identificado é que quase a metade dos municípios não possuem Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT).

Com relação ao número de judicializações dessa temática, a região Sudeste, seguida da região Sul são as que mais se destacam. A predominância do Sudeste pode, em alguma medida, estar vinculada ao fato de que vários municípios da região, especialmente do Estado de Minas Gerais, afirmaram ocorrer desabastecimento constante das listas municipais de medicamentos.

Contudo, com relação aos questionários aplicados, um dado bastante positivo foi a frequência com que tanto municípios quanto dos estados declararam aderir às listas de medicamentos e às recentes atualizações observadas. Um tópico de atenção diz respeito aos problemas licitatórios e de fornecimento, mencionados anteriormente e tomados como principais causas do desabastecimento de remédios. Sugere-se observar mais de perto os respondentes que apontaram problemas frequentes de abastecimento, de modo a compreender mais profundamente os elementos estruturais e circunstanciais que têm impactado esse serviço. Diferentes autores, como Bittencourt (2016) e Costa, Silva & Ogata (2020), já destacaram a importância dos processos

que solicitam medicamentos, mesmo aqueles fora da lista do SUS nos casos sobre saúde que estão no Judiciário.

Com relação à cobertura vacinal, apesar do exemplo de Pacaraima, onde ocorreu um alto percentual de cobertura de diversos tipos de vacinas, muito provavelmente dada a Operação Acolhida que colocava como uma das etapas de documentação, a cobertura vacinal daqueles que solicitavam refúgio ou legalização do status migratório no Brasil, Roraima e outros estados da região Norte se situam com números, no geral, mais baixos em relação à maioria dos estados do país, mas não são só eles. Nas cinco regiões do país são encontrados municípios com números bem abaixo das metas estabelecidas para imunização da população.

Nos estados que, no geral, tiveram menor cobertura em 2019, Roraima, Acre, Pará, Maranhão, Rio de Janeiro, Amapá ficou evidente que a aplicação das vacinas da Poliomelite 4 anos e para a Tríplice Bacteriana (DTP) são as que apresentaram mais dificuldades. Para estas duas vacinas foram encontrados percentuais abaixo de 20,0% em alguns municípios. Importante destacar que no Rio de Janeiro, um dos conglomerados reunidos mostrou que dentre 18 vacinas, 15 obtiveram cobertura média abaixo de 40,0%. É fato também que existem algumas localidades, que em determinadas vacinas ultrapassam 200,0% e há também aquelas que atingem 0,0% em alguns municípios. Isso mostra que ainda existem dificuldades, não só para atingir a cobertura vacinal adequada, mas também com relação à notificação das informações nos sistemas disponíveis.

As respostas encontradas nos questionários respondidos, tanto pelos representantes municipais como os dos estaduais mostram que a dificuldade de cobertura da população em todos os distritos do município se apresenta como uma cobertura vacinal adequada. Além disso, há também uma percepção, entre os representantes municipais, que a falta de adesão das pessoas, também se tornou um obstáculo para percentuais mais altos da cobertura vacinal.

Estes resultados mostram que apesar dos grandes esforços feitos nos últimos anos para que haja cada vez mais vacinas disponíveis para doenças imunopreveníveis, há a necessidade de avançar nas campanhas de vacinação do país para que a diminuição da cobertura de algumas vacinas, encontrada nos últimos anos, não continue ocorrendo.

Com relação às demandas por serviço de saúde em que mais se faz presente a adoção do controle de filas é, no caso dos estados que responderam o questionário, na disponibilização de “Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo” e de “Consulta ambulatorial em algumas especialidades”. A Secretaria de Saúde do Amapá apresentou a informação de que “não há nenhum sistema de ordem de filas de qualquer natureza ou especialidade”. Apesar da importância deste mecanismo para um serviço adequado de saúde, uma secretaria estadual, a do Amapá, apresentou a informação de que não possui sistema de ordem de filas de qualquer natureza ou especialidade.

De maneira mais descritiva, pôde-se evidenciar uma desvantagem relativa nas condições estruturais e de integração interagências dos municípios em comparação às Unidades da Federação. Isso fica mais evidente quando observados os resultados acerca da existência de Câmaras de Apoio Administrativo para o atendimento às demandas de saúde (tanto em contexto de normalidade como em situação pandêmica), existência de gerência ou procurador para atendimento das demandas específicas e ocorrência de interlocução administrativa ou de consulta prévia de Magistrados sobre liminares. Todas estas ações mencionadas anteriormente são ações que são lembradas com frequência na última questão dos formulários dos municípios e dos estados. Aparecem como sugestões e recomendações para diminuição de casos de judicialização na saúde.

Outra constatação interessante é a baixa intensidade de articulação entre as Secretarias e os Magistrados, percebida nas questões sobre a existência de consulta administrativa prévia dos Magistrados para decidir liminares e vice-versa. Uma maior proporção dos representantes pesquisados marcou as opções “raramente” ou “nunca” como respostas, em contraste com uma maior frequência de respostas “às vezes” e “sempre” no que se refere à interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares. Do ponto de vista dos Magistrados, 57% declarou concordar com a consulta administrativa prévia para embasar as decisões de liminares em processos de saúde pública. Esse “distanciamento”, ainda identificado e o número reduzido de municípios com um profissional responsável para tratar desta temática não facilita a existência de um trabalho colaborativo entre os dois poderes. Nesse sentido, fica mais difícil a diminuição dos casos relacionados a saúde que chegam ao Judiciário.

Contudo, entre os Magistrados Federais, essa concordância chega a 74%. Sobre tal ponto, seria interessante compreender, a partir de uma pesquisa de natureza mais qualitativa, os mecanismos de aproximação e interlocução com os Magistrados adotados pelos respondentes que declararam concordar com uma interlocução frequente com o Judiciário.

Interessante notar que, a despeito das fragilidades constatadas, uma maior proporção dos municípios participantes da pesquisa, em comparação com as Secretarias Estaduais de Saúde, avalia que as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes.

Em geral, a grande maioria dos Magistrados, mais de 70%, que responderam à pesquisa, concordam que os processos relativos à saúde pública recebem tratamento diferenciado das demais questões de Administração Pública que contam com intervenção Judiciária por se tratarem de prioridade/ urgência, mas também um percentual acima de 70,0% concorda que, por vezes, faltam informações suficientes para que o processo seja julgado com critério e adequação ao caso. Essa informação mostra que há uma busca por julgar o direito de forma célere, mas a falta de informações ainda permanece sendo um desafio para a avaliação do caso.

Neste contexto, os dados do DataJud auxiliaram a identificar que em ambos os segmentos de Justiça analisados (Federal e Estadual), as turmas de primeiro grau são as que apresentam tempos médios maiores de processamento das ações judiciais referentes à saúde. Para a Justiça Estadual, o tempo médio até a primeira sentença do processo é de, aproximadamente, 12 meses, um tempo médio em conformidade com o que se observa na justiça comum como um todo<sup>27</sup>. Os Juizados Especiais possuem um tempo médio da fase de conhecimento de aproximadamente 6 meses, também reiterando a tendência geral desse grau de jurisdição em serem mais céleres.

No que tange a procedência ou improcedência dos pedidos foi possível perceber que o número de processos procedentes<sup>28</sup>, procedentes em parte<sup>29</sup> e improcedentes<sup>30</sup> se mantiveram em proporção similar durante os anos de 2015 a 2020. Cerca de 70% dos pedidos são considerados procedentes, 15 a 20% são procedentes em parte e 10 a 15% são improcedentes. Esses resultados se mantêm em proporção similar também entre a nova TPU, nos anos de 2019 e 2020, como nas TPUs antigas.

Em uma análise sobre a incidência de classes por grau, os dados do DataJud nos mostraram que as 5 principais classes<sup>31</sup> encontradas no geral foram: “Procedimento Comum Cível”, “Procedimento do Juizado Especial Cível”, “Apelação Cível”, “Agravo de Instrumento” e “Cumprimento de sentença”. Quando olhamos apenas para o primeiro grau a classe “Procedimento Comum Infância e Juventude” fica entre as 5 primeiras e o “Procedimento Comum Cível” se torna muito maior que todas as outras 5 classes juntas. Já no segundo grau, as classes mais comuns são “Apelação Cível”, “Agravo de Instrumento”, “Apelação / Remessa Necessária”, “Remessa Necessária Cível”, “Embargos de Declaração Cível”. Já no Juizado especial as duas classes mais comuns foram “Procedimento do Juizado Especial Cível” e “Cumprimento de sentença”.

Em uma análise similar quanto aos assuntos foi possível perceber que não existe uma mudança significativa entre os assuntos mais comuns nas diferentes instâncias. Fornecimento de medicamentos, Tratamento médico-hospitalar, Planos de saúde, Urgência, UTI e UCI sempre aparecem como os principais assuntos.

O ano de 2020 trouxe um grande desafio, a pandemia decorrente da COVID-19. Com isso os serviços de saúde se viram pressionados e foram percebidas transformações. O tratamento em virtude da COVID-19 alcançou a posição de quinto tratamento mais frequente no Brasil durante o ano. Assim, as questões aplicadas a respeito de estratégias assumidas para enfrentar

27 Segundo o painel do Justiça em Números, o tempo médio da fase de conhecimento é atualmente de 1 ano para a Justiça Comum de 1º Grau e de 1 ano e 6 meses nos Juizados Especiais.

28 Código 219 nas Tabelas Processuais Unificadas (TPU)

29 Código 221 nas Tabelas Processuais Unificadas (TPU)

30 Código 220 nas Tabelas Processuais Unificadas (TPU)

31 Para maior informação acerca dos códigos e ramificações das classes, consultar: < [https://www.cnj.jus.br/sgt/consulta\\_publica\\_classes.php](https://www.cnj.jus.br/sgt/consulta_publica_classes.php)>

as demandas judiciais advindas do contexto pandêmico, um terço das secretarias municipais e menos da metade das estaduais, como apontado no relatório, estabeleceram mecanismos de interlocução intersetorial específicos para lidar com o excedente de demandas dessa natureza.

Já os tribunais respondentes à pesquisa apresentaram protagonismo mais evidente nessa matéria. Cabe ressaltar a necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca das dificuldades enfrentadas por alguns destes tribunais participantes da pesquisa, bem como sobre estratégias assumidas de cooperação entre os órgãos públicos, uma vez que alguns deles apontaram colaboração com organizações dos Poderes Executivos.

O último item dos questionários enviados, tanto para as secretarias estaduais quanto às municipais, pedia para que estas apresentem sugestões para aperfeiçoamento de demandas e interlocução interinstitucional. Os principais achados deste questionamento, dentre as secretarias municipais, podemos destacar ações que já fazem parte, em certa medida, de realidade vivenciada por parcelas do Judiciário, como no caso de câmaras para interlocução. De forma similar também foram encontradas sugestões já existentes dentro do Judiciário, como é o caso de espaço para diálogo entre os diversos atores envolvidos no processo de judicialização.

Desse modo, conhecer as experiências locais, desenvolvidas pelos sistemas de gestão pública e pelo Judiciário, pode auxiliar na indução de projetos para municípios e Unidades da Federação, sobretudo diante dos desafios que a situação emergencial decorrente da pandemia por Coronavírus trouxe para o cenário de judicialização da saúde no país.



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert, Carla Estefânia. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. Revista Técnica CNM. 2016.

Arroyo, L. H.; Ramos, A. C.; Mellina, M.; Weiller, T. H; Crispim, J. A.; Cartagena-Ramos, D.; Fuentealba-Torres, M.; Dos Santos, D. T.; Palha, P. F.; Arcêncio, R. A. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cad. Saúde Pública** 2020; **36(4)**.

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim; SOUZA, Iara Leão Luna de. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190730, 2020. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n2/e190730/>> Acesso em 13 Fev, 2021

BARBOSA, Maria Artemisa et al. **Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: o caso de Manaus**. 2004. Tese de Doutorado. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4685>. Acesso em 13 Fev. 2021.

BARRETO, Tarcia Millene de Almeida Costa; DOS SANTOS RODRIGUES, Francilene; BARRETO, Fabrício. Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: ensaio reflexivo. **HUMANIDADES & TECNOLOGIA EM REVISTA**, p. 32, 2018. Disponível em <https://finom.edu.br/assets/site/paginas/files/downloads/20190118110121.pdf#page=32>. Acesso em 15 Fev. 2021.

BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016. Disponível em <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/261>> Acesso em 03/11/2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

CARLINI, Angelica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Livraria do Advogado Editora, 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. **Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2007, vol. 9, 248p. Dis-

ponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf). Acesso em: 8 jan. 2021.

COSTA K. B., SILVA L. M. & OGATA, M. N. "A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa". **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2020 abr./jun.; 9(2): 149-163.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, supl.2, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S0102-311X2020001402003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-311X2020001402003&lng=en&nrm=iso)>.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. Programa Nacional de imunização: a política de introdução de novas vacinas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, 2015. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/317402779\\_Programa\\_nacional\\_de\\_imunizacao\\_a\\_politica\\_de\\_introducao\\_de\\_novas\\_vacinas](https://www.researchgate.net/publication/317402779_Programa_nacional_de_imunizacao_a_politica_de_introducao_de_novas_vacinas)>

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em debate**, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>> Acesso em 30/10/2020.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/> Acesso em 13 fev. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões de Influência das Cidades: 2018**. IBGE, Coordenação de Estatística – Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 192 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

INSPER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Cadernos ODS: ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil?** Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829\\_cadernos\\_ODS\\_objetivo\\_3.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf). Acesso em: 11 jan. 2021.

MINGOTI, S.A. **Análise de Dados através de Métodos de Estatística Multivariada**. Ed. UFMG, 2005.

MS. Ministério da Saúde. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 198 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0066\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf). Acesso em: 14 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Manual técnico do Sistema de Informação Ambulatorial**. Brasília, 2009. 69 p. Disponível em: [http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual\\_Operacional\\_SIA2010.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf). Acesso em: 14 jan. 2021.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes. A judicialização da saúde no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1276>> Acesso em 30/10/2020.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos do Judiciário e da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000200229&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000200229&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 30/10/2020.

OLIVEIRA, M.R.M.; DELDUQUE, M.C.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M. "Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas?". **Saúde em Debate**, v.39, n.105, Rio de Janeiro, Abr-Jun 2015.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000200290&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000200290&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 03/11/2020.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003

SILVESTRE, Roberta de Miranda; FERNANDEZ, Gustavo Andrey de Almeida Lopes. Judicialização da saúde: estudo de caso sobre as demandas judiciais. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 863-874, 2019. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015890>> Acesso em 03/11/2020.

SOUZA, J.; TERRA, D.C.T. Rio de Janeiro: rumo a uma nova região metropolitana? **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 19, n. 40, pp. 817-840, set/dez 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cm/v19n40/2236-9996-cm-19-40-0817.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 77-100, 2010. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/physis/2010.v20n1/77-100/>>. Acesso em 03/11/2020

VIEIRA, Fabiola Sulpino. "Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça". **Texto para discussão 2.547**. Brasília: IPEA, março de 2020.

# ANEXOS

## A - Estudos Empíricos produzidos entre os anos de 2010 e 2019

No quadro abaixo, são apresentados alguns dos estudos de natureza quantitativa produzidos sobre judicialização da saúde na última década e que utilizaram, como fonte de dados e informações (adicionalmente ou não a outras técnicas de pesquisa), bases sobre produção judiciária. Cabe ressaltar que esse é um rol exploratório e não exaustivo sobre os artigos de divulgação científica, compilados a partir de buscas nas plataformas de disponibilização de produção científica – SCIELO, Google e Biblioteca Virtual em Saúde – e a partir das referências elencadas por alguns pesquisadores que produziram análises sobre essa produção.

**Quadro 1 - Produções acadêmicas sobre judicialização da saúde, com uso de abordagem quantitativa, publicadas entre 2010 e 2020**

Ano de publicação / Referência bibliográfica	Abrangência territorial	Fonte dos dados	Metodologia aplicada
2010 / BARCELOS, P. C. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da secretaria de estado da saúde do espírito santo: um estudo exploratório. Caderno saúde pública 26 (1): 59-69, 2010.	Espírito Santo	Demandas judiciais por medicamentos, no período de dezembro de 2008 a maio de 2009, a partir do banco de dados da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESA/GEAF).	Estudo seccional exploratório, de caráter descritivo-analítico.
2010 / BORGES, D. C. L. & UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o estado do rio de janeiro, brasil, em 2005. Cad. Saúde pública, rio de janeiro, 26(1):59-69, JAN, 2010.	Rio de Janeiro	2.062 sentenças proferidas, em primeira instância, em ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos propostas por usuários do SUS contra o Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005	Estudo documental exploratório, de caráter quali-quantitativo.
2010 / CHIEFFI, A. L. & BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Rev saúde pública 2010;44(3):421-9	São Paulo	Ações judiciais cadastradas no Sistema de Controle Jurídico (SCJ) do Governo do Estado de São Paulo, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2006, movidas por pacientes que receberam medicamentos por meio de processos contra o Estado.	Estudo descritivo
2010 / PEPE, V. L. E., VENTURA, M.; BRAMBATI, J. M.; ET AL. Caracterização das demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no estado do rio de janeiro. Cadernos de saúde PÚBLICA. 2010;26(3):461-71.	Rio de Janeiro	185 processos judiciais, julgados no ano de 2006, com os descritores “medicamento” e “essencial”, no sistema de informação da 2ª instância do TJ/RJ.	Estudo descritivo retrospectivo

<p>2010 / PEREIRA, J. R.; SANTOS, R. I.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M. &amp; SCHENKEL, E. P. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela secretaria de estado da saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. <i>Ciênc. Saúde coletiva</i> [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3551-3560, 2007.</p>	<p>Santa Catarina</p>	<p>Dados relativos aos processos judiciais obtidos junto à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (DIAF/SES) para os anos de 2003 e 2004.</p>	<p>Estudo descritivo e transversal</p>
<p>2010 / VENTURA, M.; SIMAS, L., PEPE, V. L. E. &amp; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> 20 (1), 2010.</p>	<p>Rio de Janeiro (RJ)</p>	<p>Base de dados cedida pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ), contendo 1.263 processos judiciais, distribuídos entre julho de 2007 e junho de 2008, dos pedidos individuais de fornecimento de medicamentos, tendo o Estado do Rio de Janeiro como réu.</p>	<p>Estudo com abordagens de análise quantitativa e qualitativa.</p>
<p>2011 / MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a Medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. <i>Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro</i>, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.</p>	<p>Minas Gerais</p>	<p>827 processos judiciais com 1.777 pedidos de medicamentos de 2005 a 2006</p>	<p>Estudo quantitativo e descritivo</p>
<p>2011 / SILVA, A. R. H. &amp; CORTE, E. D. Judicialização na assistência farmacêutica do sistema único de saúde. <i>Ciência em movimento</i>. Porto Alegre, v. 13, n. 27, p. 19-25, 2011.</p>	<p>Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Itacurubi, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões (RS)</p>	<p>Análise dos processos judiciais movidos por cidadãos que residem nos Municípios pertencentes a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS, durante o ano de 2010, referentes à reivindicação para o fornecimento de medicamentos. Os dados foram coletados através do programa AME (Administração de Medicamentos) e transcritos em um formulário específico para a coleta dos mesmos, elaborado pela acadêmica.</p>	<p>Pesquisa observacional, transversal e de caráter retrospectivo.</p>
<p>2012 BARREIRA, S. C. F. Direito à saúde e judicialização de medicamentos: a experiência de Niterói. Dissertação. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.</p>	<p>Niterói (RJ)</p>	<p>Levantamento e análise das demandas judiciais para obtenção de medicamentos registrados junto à Superintendência de Assessoria Jurídica da Fundação Municipal de Saúde, no período de janeiro a dezembro de 2010; e entrevistas com 11 profissionais, gerentes e gestores envolvidos com os fluxos de atendimento das demandas judiciais no município em questão.</p>	<p>Estudo exploratório-descritivo</p>

2012 CAMPOS O H, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. São Paulo: Revista Saúde Pública, 46 (5), 2012	Minas Gerais	Expedientes administrativos dos processos judiciais com demandas por medicamentos movidos entre outubro de 1999 e outubro de 2009.	Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo
2012 / DINIZ, D; MEDEIROS, M & SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 28(3):479-489, mar, 2012.	Brasil	Foram analisados 196 processos com sentença favorável em ações determinando que o Ministério da Saúde fosse corresponsabilizado no pedido de provimento de medicamentos (três medicamentos de alto custo disponíveis no mercado farmacêutico para o tratamento das mucopolissacaridoses tipos I, II e VI) no período entre 2006 e 2010.	Estudo documental exploratório, de caráter quali-quantitativo.
2012 / SARTORI JUNIOR, D; LEIVAS, P. G. C; SOUZA, M. V; KRUG, B. C; BALBINOTTO, G & SCHWARTZ, I. V. D. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. Ciênc. Saúde coletiva vol.17 no.10: 2717-2728. Rio de Janeiro out. 2012.	Rio Grande do Sul	Bancos de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde, sendo incluídas ações judiciais em âmbito estadual – contra o estado ou municípios – e âmbito federal – contra a União –, cujo objetivo fosse o acesso ao tratamento da doença de Fabry com alfa-galactosidase e beta-galactosidase no RS, até dezembro de 2007	Estudo observacional, transversal e retrospectivo
2012 / STAMFORD, A. & CAVALCANTI, M. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. Rev. Saúde Pública vol.46 no.5 São Paulo Out. 2012	Pernambuco	105 ações judiciais e relatórios administrativos da Superintendência Estadual de Assistência Farmacêutica de Pernambuco de janeiro a junho de 2009	Abordagem qualitativa e quantitativa
2013 / BOING, A. ET AL. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para gestão do sistema de saúde. Revista de direito sanitário, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 82-97, 2013.	Santa Catarina	Análise dos mandados judiciais para fornecimento de medicamentos impetrados contra o Estado de Santa Catarina entre 2000 e 2006. As informações foram levantadas junto ao Programa de Medicamentos Judiciais (Mejud) da Secretaria Estadual de Saúde.	Análise descritiva
2013 / SCHEFFER, M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações judiciais julgadas pelo tribunal de justiça do estado de São Paulo. Revista direito sanitário. 2013;14(1):122132.	São Paulo	Análise de acórdãos de ações julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP), relacionadas à negação de coberturas assistenciais movidas por clientes de planos e seguros de saúde, de janeiro de 2009 a dezembro de 2010.	Abordagem quantitativa, descritiva e exploratória.

2013 / TRAVASSOS, D. V, et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> vol.18 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2013	Pernambuco, Rio Grande do Sul e Minas Gerais	Análise de 558 acórdãos dos Tribunais de Justiça dos estados de referência, utilizando-se roteiro próprio.	Pesquisa quantitativa, comparativa e descritiva.
2014 / BOING, A. C., ET AL. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. <i>Revista de saúde pública</i> , São Paulo, v. 48, n. 4, p. 632-641, 2014.	Brasil	Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 (48.470 domicílios) e 2008-2009 (55.970 domicílios)	Análise de características socioeconômicas das famílias brasileiras.
2014 / GOMES, F. F. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, D. M.; SANTOS, V. C.; ACURCIO, F. A & ANDRADE, E. I. G. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no sistema único de saúde: uma questão de judicialização. <i>Cadernos de saúde pública</i> . 30 (1), 2014.	Minas Gerais	Banco de dados formulado a partir de consulta aos 6.112 processos judiciais individuais ou coletivos, cadastrados na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, expedidos e recebidos no período de 22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009.	Estudo descritivo-retrospectivo
2014 / DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C. & PENALVA, J. A. Judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. <i>Ciência &amp; saúde coletiva</i> . 2014; 19(2):591-98.	Distrito Federal	Análise de demandas judiciais em saúde	Abordagem quantitativa, descritiva e exploratória.
2014 / MASSAÚ, G. C. & BAYNI, A. K. O impacto da judicialização da saúde na comarca de pelotas. <i>R. Dir. Sanit.</i> , São Paulo. 2014; 15(2):46-65.	Pelotas (RS)	Análise dos recursos orçamentários gastos com demandas judiciais em saúde	Abordagem quantitativa, exploratória e descritiva.
2014 / OLIVEIRA, R. G. & SOUZA, A. I. S. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina – MG. <i>Rev Saúde Pública do SUS/MG</i> . 2014; 2(2).	Leopoldina (MG)	Análise das demandas judiciais em saúde por meio dos autos	Abordagem quantitativa, do tipo estudo de caso.
2014 / WANG, D. W. L.; VASCONCELOS, N. P.; OLIVEIRA, V. E. & TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. <i>Rev. Adm. Pública</i> , Rio de Janeiro. 2014; 48(5):1191-1206.	São Paulo	Análise dos recursos orçamentários gastos com demandas judiciais em saúde, em 2011, a partir de dados fornecidos pelo município e publicações de Diário Oficial (compra de medicamentos e insumos sem licitação).	Abordagem quantitativa, retrospectiva e descritiva.
2016 / ALBERT, C. E. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. <i>Revista técnica CNM</i> , Brasília, p. 151-175, 2016.	Brasil	Aplicação de questionário aos municípios pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM)	Aplicação de questionário e análises descritivas
2016 / NUNES, C. F. O & RAMOS JUNIOR, N. A. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. <i>Cad. Saúde colet.</i> , Rio de Janeiro. 2016; 24 (2): 192-99.	Ceará	Análise das demandas judiciais em saúde a partir de 965 processos	Abordagem quantitativa, transversal e descritiva.



2017 / ALBUQUERQUE, M. V. ET AL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. <i>Ciência e saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1055-1064, 2017.	Brasil	Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; bancos de Dados do SUS disponíveis no Datasus; e o Sistema de Contas Regionais – IBGE –, para caracterização de 438 regiões de saúde no Brasil.	Construção de tipologia segundo agrupamentos com distintos perfis socioeconômicos, de oferta e complexidade de serviços de saúde.
2017 / CANUT, L. Operacionalização do sistema único de saúde e de sua assistência farmacêutica diante da judicialização: um estudo de caso do município de São José/SC. <i>R. Dir. Sanit.</i> , São Paulo. 2017; 18 (2):62-91.	São José (SC)	Decisões realizadas no período de 01/09/2013 a 31/08/2015 pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, por meio de acórdãos e decisões monocráticas em apelações cíveis interpostas pelo Município de São José	Abordagem quantitativa, descritiva, do tipo estudo de caso.
2018 / CHAGAS, C. P. & SANTOS, F. P. Efeitos do gasto com a judicialização da saúde no orçamento da secretaria estadual de saúde do Distrito Federal entre 2013 e 2017. <i>Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.</i> , Brasília. 2018; 7(2):147-72.	Distrito Federal	Demandas de saúde nos processos judiciais no DF dos anos de 2013 a 2017	Abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva.
2018 / SIMÕES, A. F. S. & SOUZA, L. E. P. F. As ações judiciais contra a vigilância sanitária: pode-se falar de judicialização? <i>Saúde debate</i> vol.42 no.spe2 Rio de Janeiro out. 2018	Salvador (BA)	Ações judiciais disponíveis, em inteiro teor, no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, ingressadas contra o Município de Salvador, no período de 2000 a 2017.	Estudo de caso
2018 / OLIVEIRA, F. H. C. ET. AL. Judicialização do acesso aos serviços de saúde: análise de caso da secretaria de saúde de Pernambuco. <i>Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.</i> , Brasília. 2018;7(2):173-86.	Pernambuco	Demandas de saúde nos processos judiciais de Pernambuco em 2016	Abordagem quantitativa, transversal e analítica.
2019 / LIMA, D. L. ET AL. Arranjos regionais de governança do sistema único de saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. <i>Cadernos de saúde pública</i> , Rio de Janeiro, v. 35, sup. 2, 2019.	Brasil	Dados secundários oriundos de sistemas de informações em saúde do Ministério da Saúde e referentes à provisão de serviços de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares.	Estudo exploratório
2019 / MORAES, D. S.; TEIXEIRA, R. S. & SANTOS, M. S. Perfil da judicialização do método Therasuit e seu custo direto no âmbito do estado do Rio de Janeiro. <i>Rev Bras Epidemiol</i> . 2019.	Estado do Rio de Janeiro	11 processos judiciais solicitando tratamento com o Método Therasuit,	Abordagem quantitativa, descritiva.
2019 / PAIXÃO, A. L. S. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. <i>Ciência &amp; saúde</i> . 2019; 24(6):2167-72.	Distrito Federal	Tipos de demandas de saúde nos processos judiciais de 2017	Abordagem quantitativa, retrospectiva e descritiva.

2019 / PEÇANHA, L. O.; SIMAS, L. & LUIZA, V. L. Judicialização de medicamentos no estado do Rio de Janeiro: evolução de 2010 a 2017. Saúde debate vol.43 no.spe4 Rio de Janeiro 2019 epub 19-jun-2020	Rio de Janeiro	Ações judiciais propostas em face dos entes públicos (estado e Municípios) a partir do banco de dados do TJ/RJ, em que se descreve a evolução do número de ações judiciais no período 2010-2017. A unidade de análise foram os processos judiciais tombados, sendo objeto de interesse aqueles com indicação clara de solicitação de fornecimento de medicamentos.	Pesquisa descritiva retrospectiva
2019 / SAAD, E. M.; BRAGA, J. & MACIEL, E. M. G. Bases jurídicas e técnicas das sentenças dos juizados especiais fazendários do Rio de Janeiro (rj), 2012-2018. Saúde debate vol.43 no.spe4 Rio de Janeiro 2019 epub 19-jun-2020	Rio de Janeiro (RJ)	Registros do TJRJ sobre decisões e sentenças dos pedidos de antecipação de tutela para fornecimento de medicamentos em face da Fazenda Pública do estado do Rio de Janeiro ou Município do Rio de Janeiro, no período de 1º de julho de 2012 a 31 de maio de 2018, nos Juizados Especiais Fazendários na Comarca da Capital.	Estudo descritivo de dados secundários
2020 / ARAUJO, A. O. V. ET AL. Julgamento ético no Rio Grande do Norte entre 2000 e 2015. Rev. Bioét. Vol.27 no.4 Brasília out./dez. 2019 epub 10-jan-2020	Rio Grande do Norte	Denúncias recebidas, sindicâncias, processos instaurados e julgados e penas disciplinares aplicadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte (Cremern) entre 2000 e 2015.	Estudo documental, com abordagem quantitativa
2020 / ARAUJO, I. C. S. & MACHADO, F. R. S. A judicialização da saúde em manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. Saúde soc. Vol.29 no.1 São Paulo epub abr 17, 2020.	Amazonas	Análise das ações judiciais peticionadas na justiça amazonense de primeiro grau entre 2013 e 2017	Abordagem quantitativa, referencial e crítica.
2020 / FREITAS, B. C. & QUELUZ, D. P. A judicialização de demandas odontológicas e o direito à saúde. Saúde debate vol.44 no.126 Rio de Janeiro jul./set. 2020 epub 16-nov-2020.	São Paulo	Base de dados secundários, obtidos nos acórdãos de segunda instância do Tribunal de Justiça de São Paulo, de janeiro de 2016 a abril de 2019.	Estudo exploratório descritivo.
2020 / MADURA, L. C. S. & PEREIRA, R. L. P. Processos judiciais para obter medicamentos em Ribeirão Preto.	Ribeirão Preto (SP)	Processos judiciais demandantes de medicamentos ou insumos para aplicação de insulina acionado contra o Município entre janeiro de 1999 e julho de 2014.	Estudo descritivo e transversal

Fonte: Elaboração própria, 2020

## B - Questionários

### Questionário Magistrados<sup>32</sup>

Ramo de Justiça:

Tribunal:

UF:

Município:

Nome da Unidade Judiciária:

Para as questões abaixo, responder exclusivamente sua opinião acerca da realidade encontrada na unidade judiciária em que trabalha atualmente.

1. A unidade judiciária em que atua é:
  - > Especializada em saúde pública (recebe todos os processos de saúde da comarca/seção judiciária, mas acumula outras competências)
  - > Exclusiva em saúde pública (recebe todos os processos de saúde da comarca/seção judiciária, exclusivamente, ou seja, sem acúmulo com outras competências)
  - > Nenhuma das anteriores
  
2. As demandas por serviços de saúde recebem tratamento diferenciado das demais questões que envolvem o controle jurisdicional da Administração Pública:
  - > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
  
3. As partes não trazem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto:
  - > Discordo completamente

<sup>32</sup> O questionário que coletou a opinião dos Magistrados também pode ser acessado e visualizado através do endereço eletrônico: < <https://www.cnj.jus.br/formularios/plano-nacional-poder-judiciario-opiniao-dos-magistrados/> >

- > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
4. Não há atualmente nenhuma ação institucional (seja por parte do Tribunal seja por parte do Governo Executivo estadual, distrital ou municipal) para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde:
- > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
5. A troca de experiências é estimulada pelos próprios magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da saúde, sem apoio institucional formal:
- > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
6. Em geral, é realizada consulta administrativa prévia para embasar a decisão de liminares para os casos envolvendo serviços de saúde:
- > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
7. Um dos principais fatores para o aumento da demanda judicial relacionada a temas de saúde ocorre pelo próprio sucesso anterior de outros processos voltados ao tema, o que gera uma “fuga dos procedimentos administrativos do SUS” para o Poder Judiciário:
- > Discordo completamente

- > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
8. A maior parte dos processos que analiso não há apresentação de ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário:
- > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
9. A realização de audiências preliminares nas questões envolvendo demandas de saúde não somente é necessária para a correta decisão como vem sendo aplicada como regra nesta unidade judiciária:
- > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
10. O Ministério Público tem tido papel fundamental para não somente defender a Administração Pública, mas também esclarecer os atos administrativos que antecederam o contencioso judicial:
- > Discordo completamente
  - > Discordo parcialmente
  - > Não concordo nem discordo
  - > Concordo parcialmente
  - > Concordo completamente
11. Em geral, as decisões são tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de saúde, sendo o processo judicial apenas um “acelerador” do cumprimento de ações já previstas pela Administração (incluindo seu orçamento):
- > Discordo completamente

- > Discordo parcialmente
- > Não concordo nem discordo
- > Concordo parcialmente
- > Concordo completamente

12. (PARA QUEM CONCORDOU NO ATRIBUTO ANTERIOR) Sendo assim, o processo judicial constitui-se apenas como um “acelerador” do cumprimento de ações:

- > Discordo completamente
- > Discordo parcialmente
- > Não concordo nem discordo
- > Concordo parcialmente
- > Concordo completamente

13. Em caso de demanda por medicamento, somente são consideradas procedentes aquelas em que o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa (p.e.: registrado na ANVISA, inserido na RENAME ou Relação Estadual ou Distrital):

- > Discordo completamente
- > Discordo parcialmente
- > Não concordo nem discordo
- > Concordo parcialmente
- > Concordo completamente

## Questionários Estados<sup>33</sup>

### Orientações de preenchimento:

As perguntas abaixo dizem respeito à realidade que esta Unidade da Federação vinha enfrentando já antes de deflagrada a pandemia. Entretanto, sabe-se que atualmente o sistema de saúde estadual e/ou distrital encontra-se em cenário peculiar em face ao enfrentamento à emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (conforme Lei nº 13.979/2020). Deste modo, é de interesse desta pesquisa também saber alterações sofridas recentemente e sempre que quiser captar estas modificações, será feita menção específica à situação emergencial.

1. UF:
  
2. Existe algum controle e/ou sistema em que seja possível consultar o quantitativo de demandas ajuizadas em face do ente estatal?

- > Sim, de 2015 aos anos atuais
- > Sim, mas para ano anterior a 2015
- > Não há

#### 2.1 Quantas demandas foram ajuizadas em face do ente estatal nos últimos anos:

- > Em 2015?
- > Em 2016?
- > Em 2017?
- > Em 2018?
- > Em 2019?

#### 2.2 Quantas dessas demandas ajuizadas nos últimos 5 anos se referem à

- > Atenção primária:
- > Atenção secundária:
- > Atenção terciária:

<sup>33</sup> O questionário que foi respondido pelas Secretarias Estaduais de Saúde pode ser acessado e visualizado também através do endereço eletrônico: < <https://www.cnj.jus.br/formularios/plano-nacional-poder-judiciario-estados-df/> >

3. Com que frequência as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes?

- > Sempre
- > Muitas vezes
- > Às vezes
- > Raramente
- > Nunca
- > Não sei informar

4. Desde o início de 2020 já havia neste Estado (ou Distrito Federal) alguma interlocução administrativa com o Sistema de Justiça (Ministério Público, Defensoria Pública, etc.) em um modelo de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional, para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde?

- > Sim
- > Não

4.1 (Se “não” na questão 4) Há interesse deste Estado (ou Distrito Federal) em formalizar alguma estrutura de cooperação interinstitucional?

- > Sim
- > Não

5. Dada a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (conforme Lei nº 13.979/2020), foi estabelecida neste Estado (ou Distrito Federal) alguma interlocução administrativa com o Sistema de Justiça (Ministério Público, Defensoria Pública, etc.) num modelo de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional, para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde?

- > Sim
- > Não

5.1 (Se “não” na questão 5) Há interesse do Estado (ou Distrito Federal) em formalizar alguma estrutura de cooperação interinstitucional em face da situação de emergência em específico?

- > Sim
- > Não



6. Existe consulta administrativa prévia dos magistrados para decidir liminares?
- > Sempre
  - > Muitas vezes
  - > Às vezes
  - > Raramente
  - > Nunca
  - > Não sei informar
7. Há alguma interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares?
- > Sempre
  - > Muitas vezes
  - > Às vezes
  - > Raramente
  - > Nunca
  - > Não sei informar
8. O setor jurídico da Secretaria de Saúde possui uma gerência de saúde ou um procurador específico para trabalhar nas demandas judiciais de saúde?
- > Sim
  - > Não
9. Esta Unidade da Federação possui Relação Estadual ou Distrital de Medicamentos?
- > Sim
  - > Não
10. Tem havido desabastecimento de medicamentos da lista da Relação Estadual?
- > Sim, constantemente
  - > Sim, para medicamentos específicos
  - > Não
11. Na sua opinião, quais são as duas principais causas identificadas para o desabastecimento desses medicamentos?
- > Alta demanda
  - > Dificuldade para fazer os requerimentos

- > Demora na autorização
- > Demora no fornecimento, após autorização
- > Problemas licitatórios
- > Falta de dotação orçamentária/disponibilidade financeira
- > Outros

12. Tem havido desabastecimento de medicamentos da lista da RENAME?

- > Sim, constantemente
- > Sim, para medicamentos específicos
- > Não

13. Na sua opinião, quais são as duas principais causas identificadas para o desabastecimento desses medicamentos?

- > Alta demanda
- > Dificuldade para fazer os requerimentos
- > Demora na autorização
- > Demora no fornecimento, após autorização
- > Problemas licitatórios
- > Falta de dotação orçamentária/disponibilidade financeira
- > Outros

14. Qual(is) o(s) componente(s) de assistência farmacêutica fornecido(s) pelo Estado (ou Distrito Federal)?

- > Componente básico
- > Componente especializado
- > Componente estratégico
- > Nenhuma das anteriores

15. Quais são as principais dificuldades para atingir 100% de cobertura vacinal?

- > Ausência de recursos financeiros
- > Ausência de vacinas
- > Dificuldade cobertura da população em todos os distritos do Município
- > Ausência de recursos humanos para aplicação
- > Falta de campanha/divulgação
- > Outros

16. Existe ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas no âmbito desta Unidade da Federação (fila de espera regulada)?

- > Sim
- > Não

16.1 (Se “não” na 16) Qual? \_\_\_\_\_

17. Existe ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar no âmbito desta Unidade da Federação (fila de espera regulada)?

- > Sim
- > Não

18. Há controle sob a ordem das filas nos serviços prestados abaixo (isto é, há algum sistema transparente de acesso a essas informações):

- > Consulta ambulatorial em todas as especialidades
- > Consulta ambulatorial em algumas especialidades
- > Cirurgia programada em todas as especialidades
- > Cirurgia programada em algumas especialidades
- > Tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos em todas as especialidades
- > Tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos em algumas especialidades
- > Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo
- > Não há nenhum sistema de ordem de filas de qualquer natureza ou especialidade
- > Outro

19. Há controle da data de solicitação e data destinada para consulta com especialista?

- > Sim
- > Não

20. Há controle da data de solicitação e data destinada para cirurgia programada?

- > Sim
- > Não

21. Há controle da data de solicitação e data destinada para tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos (inclusive medicamentosos)?

- > Sim
- > Não

22. Tempo médio de espera (em dias)?

23. Qual é o tempo médio de espera para consultas nas seguintes especialidades (em dias):

1. Ortopedia:

2. Oftalmologia:

3. Oncologia:

4. Cardiologia:

24. Qual é o tempo médio de espera para (em dias):

> Procedimentos ortopédicos?

> Procedimentos oftalmológicos?

> Cirurgia de cabeça e pescoço?

> Tratamento para câncer?

25. Quais são os 5 procedimentos mais demandados e qual o tempo médio de espera?

25.1 Procedimento:

25.1 Tempo médio:

25.2 Procedimento:

25.2 Tempo médio:

25.3 Procedimento:

25.3 Tempo médio:

25.4 Procedimento:

25.4 Tempo médio:

25.5 Procedimento:

25.5 Tempo médio:

26. Quais foram as 5 especialidades médicas mais judicializadas nos últimos 5 anos?

- > Neurologia
- > Cirurgia plástica
- > Dermatologia
- > Neuro-cirurgia
- > Otorrinolaringologista
- > Oftalmologista
- > Oncologia
- > Hepatologia
- > Saúde bucal
- > Cardiologia
- > Pneumologia
- > Gastroenterologia
- > Endocrinologia
- > Nefrologia
- > Urologia
- > Ortopedia
- > Ginecologia
- > Especialidade em cabeça/pescoço
- > Outros

27. Parte orçamentária estadual de 2019 destinada à resolução de demandas judicializadas

- > Até 10%
- > De 10,01% a 30%
- > De 30,01% a 50%
- > De 50,01% a 70%
- > De 70,01% a 90%
- > Mais de 90%
- > Dado não disponível

28. Quais as três principais alterações sofridas no sistema de saúde em decorrência da situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus?

- > Controle de fila e encaminhamento de pacientes a leitos de UTI
- > Melhoria ou surgimento de sistema informatizado relacionado a demanda por consultas, testagem e/ou internações no Município
- > Adesão a Ata de Preços Estadual para compra de insumos

- > Novos mecanismos de resposta às demandas judiciais
- > Outros

29. Quais as três principais demandas judiciais recebidas desde que se viu deflagrada a situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus?

- > Acesso a leito de UTI em hospitais da rede pública
- > Acesso a leito de UTI em hospitais da rede privada, independente de aprovação do plano de saúde ou da existência dele
- > Utilização de tratamento ou medicação não disponível, porém devidamente regulamentado
- > Utilização de tratamento ou medicação não disponível e sem devida regulamentação
- > Outros

30. Se necessário, utilize o espaço abaixo para sugerir ações de aperfeiçoamento de demandas judiciais e interlocução entre os poderes.

## Questionário Municípios<sup>34</sup>

### Orientações de preenchimento:

As perguntas abaixo dizem respeito à realidade que este Município vinha enfrentando já antes de deflagrada a pandemia. Entretanto, sabe-se que atualmente o sistema de saúde dos Municípios encontra-se em cenário peculiar em face ao enfrentamento à emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (conforme Lei nº 13.979/2020). Deste modo, é de interesse desta pesquisa também saber alterações sofridas recentemente e sempre que quiser captar estas modificações, será feita menção específica à situação emergencial.

1. UF/ Município:
  2. Existe algum controle e/ou sistema em que seja possível consultar o quantitativo de demandas ajuizadas em face do ente estatal?
    - > Sim, de 2015 aos anos atuais
    - > Sim, mas para ano anterior a 2015
    - > Não há
  - 2.1 Quantas demandasv foram ajuizadas em face do ente estatal nos últimos anos:
    - > Em 2015?
    - > Em 2016?
    - > Em 2017?
    - > Em 2018?
    - > Em 2019?
  - 2.2 Quantas dessas demandas ajuizadas nos últimos 5 anos se referem à
    - > Atenção primária:
    - > Atenção secundária:
    - > Atenção terciária:
3. Com que frequência as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes?
  - > Sempre
  - > Muitas vezes

<sup>34</sup> O questionário que foi respondido pelas Secretarias Municipais de Saúde também pode ser acessado e visualizado através do endereço eletrônico: < <https://www.cnj.jus.br/formularios/plano-nacional-poder-judiciario-municipios/> >

- > Às vezes
- > Raramente
- > Nunca
- > Não sei informar

4. Desde o início de 2020 já havia neste Município alguma interlocução administrativa com o Sistema de Justiça (Ministério Público, Defensoria Pública, etc.) em um modelo de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional, para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde?

- > Sim
- > Não

4.1 (Se “não” na questão 4) Há interesse deste Município em formalizar alguma estrutura de cooperação interinstitucional?

- > Sim
- > Não

5. Dada a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (conforme Lei nº 13.979/2020), foi estabelecida neste Município alguma interlocução administrativa com o Sistema de Justiça (Ministério Público, Defensoria Pública, etc.) num modelo de Câmara de Apoio Administrativo de cooperação interinstitucional, para discussão pré-processual ou prévia nas demandas de saúde?

- > Sim
- > Não

5.1 (Se “não” na questão 5) Há interesse do Município em formalizar alguma estrutura de cooperação interinstitucional em face da situação de emergência em específico?

- > Sim
- > Não

6. Existe consulta administrativa prévia dos magistrados para decidir liminares?

- > Sempre
- > Muitas vezes
- > Às vezes
- > Raramente
- > Nunca
- > Não sei informar



7. Há alguma interlocução administrativa sobre o cumprimento de liminares?
- > Sempre
  - > Muitas vezes
  - > Às vezes
  - > Raramente
  - > Nunca
  - > Não sei informar
8. O setor jurídico do Município possui uma gerência de saúde ou um procurador municipal específico para trabalhar nas demandas judiciais de saúde?
- > Sim
  - > Não
9. O Município possui Comissão de Farmácia Terapêutica - CFT?
- > Sim
  - > Não
10. O Município possui REMUNE?
- > Sim
  - > Não
11. Tem havido desabastecimento de medicamentos da lista da REMUNE?
- > Sim
  - > Não
12. Na sua opinião, quais são as duas principais causas identificadas para o desabastecimento?
- > Alta demanda
  - > Dificuldade para fazer os requerimentos
  - > Demora na autorização
  - > Demora no fornecimento, após autorização
  - > Problemas licitatórios
  - > Falta de dotação orçamentária/ disponibilidade financeira
  - > Outros

13. Qual(is) o(s) componente(s) de assistência farmacêutica fornecido(s) pelo Município?

- > Componente básico
- > Componente especializado
- > Componente estratégico
- > Nenhuma das anteriores

14. O Município utiliza a Ata de Registro de Preços (ARP)?

- > Sim
- > Não

15. O Município faz parte de Consórcio de Saúde?

- > Sim
- > Não

### **Sobre as políticas preventivas de imunização existentes no Município**

16. Quais são as principais dificuldades para atingir 100% de cobertura vacinal neste Município?

- > Ausência de recursos financeiros
- > Ausência de vacinas
- > Dificuldade cobertura da população em todos os distritos do Município
- > Ausência de recursos humanos para aplicação
- > Falta de campanha/divulgação
- > Outros

17. O Município pactuou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) o encaminhamento dos pacientes na rede de atendimento para:

- > Atenção Básica Ambulatorial
- > Média Complexidade Ambulatorial
- > Alta Complexidade Ambulatorial
- > Média Complexidade Hospitalar
- > Alta Complexidade Hospitalar

18. Este Município normalmente:

- > Recebe demanda referenciada
- > Envia demanda referenciada

19. Existe ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas no âmbito do Município (fila de espera regulada)?

- > Sim
- > Não

20. Existe ato normativo que estabeleça regulação da marcação de consultas de maneira integrada entre este Município e os demais que porventura possam ser encaminhados pacientes (fila de espera regulada)?

- > Sim
- > Não

21. Existe ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar no âmbito do Município (fila de espera regulada)?

- > Sim
- > Não

22. Existe ato normativo que estabeleça regulação da internação hospitalar de maneira integrada entre este Município e os demais que porventura possam ser encaminhados pacientes (fila de espera regulada)?

- > Sim
- > Não

23. Há controle sob a ordem das filas nos serviços prestados abaixo à população deste Município (isto é, há algum sistema transparente de acesso a essas informações):

- > Consulta ambulatorial em todas as especialidades
- > Consulta ambulatorial em algumas especialidades
- > Cirurgia programada em todas as especialidades
- > Cirurgia programada em algumas especialidades
- > Tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos em todas as especialidades

- > Tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos em algumas especialidades
- > Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo
- > Não há nenhum sistema de ordem de filas de qualquer natureza ou especialidade
- > Outro

24. Há controle da data de solicitação e data destinada para consulta com especialista?

- > Sim
- > Não

25. Há controle da data de solicitação e data destinada para cirurgia programada?

- > Sim
- > Não

26. Há controle da data de solicitação e data destinada para tratamentos e/ou procedimentos não cirúrgicos (inclusive medicamentosos)?

- > Sim
- > Não

27. Qual é o tempo médio de espera para atendimento de clínica médica?

28. Qual é o tempo médio de espera para consultas nas seguintes especialidades (em dias):

- > Ortopedia:
- > Oftalmologia:
- > Oncologia:
- > Cardiologia:

29. Qual é o tempo médio de espera para (em dias):

- > Procedimentos ortopédicos:
- > Procedimentos oftalmológicos:
- > Cirurgia de cabeça e pescoço:
- > Tratamento para câncer:

30. Quais são os 5 procedimentos mais demandados e qual o tempo médio de espera?

- > Neurologia
- > Cirurgia plástica
- > Dermatologia
- > Neuro-cirurgia
- > Otorrinolaringologista
- > Oftalmologista
- > Oncologia
- > Hepatologia
- > Saúde bucal
- > Cardiologia
- > Pneumologia
- > Gastroenterologia
- > Endocrinologia
- > Nefrologia
- > Urologia
- > Ortopedia
- > Ginecologia
- > Especialidade em cabeça/pescoço
- > Outros

31. Quais são as 5 especialidades médicas mais judicializadas nos últimos 5 anos?

32. Parte orçamentária municipal de 2019 destinada à resolução de demandas judicializadas:

- > Até 10%
- > De 10,01% a 30%
- > De 30,01% a 50%
- > De 50,01% a 70%
- > De 70,01% a 90%
- > Mais de 90%
- > Dado não disponível

33. Parte orçamentária estadual de 2019 destinada à resolução de demandas judicializadas:

- > Até 10%
- > De 10,01% a 30%
- > De 30,01% a 50%
- > De 50,01% a 70%
- > De 70,01% a 90%

- > Mais de 90%
  - > Dado não disponível
34. Quais as três principais alterações sofridas no sistema de saúde em decorrência da situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus?
- > Controle de fila e encaminhamento de pacientes a leitos de UTI
  - > Melhoria ou surgimento de sistema informatizado relacionado a demanda por consultas, testagem e/ou internações no Município
  - > Adesão a Ata de Preços Estadual para compra de insumos
  - > Novos mecanismos de resposta às demandas judiciais
  - > Outros
35. Quais as três principais demandas judiciais recebidas desde que se viu deflagrada a situação de emergência pública decorrente do novo coronavírus?
- > Acesso a leito de UTI em hospitais da rede pública
  - > Acesso a leito de UTI em hospitais da rede privada, independente de aprovação do plano de saúde ou da existência dele
  - > Utilização de tratamento ou medicação não disponível, porém devidamente regulamentado
  - > Utilização de tratamento ou medicação não disponível e sem devida regulamentação
  - > Outros
36. Se necessário, utilize o espaço abaixo para sugerir ações de aperfeiçoamento de demandas judiciais e interlocução entre os poderes.

## Questionário Tribunais<sup>35</sup>

1. Ramo de Justiça/Tribunal:

2. Havia, até o início de 2020, alguma interlocução interinstitucional entre Sistema de Justiça e o Gestor Estadual, Distrital ou Municipal (Câmara de Apoio Administrativo) para obter informações administrativas prévias e para o monitoramento no cumprimento das decisões judiciais?

> Sim

> Não

2.1 Essa interlocução já estava formalizada por algum ato administrativo?

> Sim

> Não

2.2 Qual é o ato administrativo de formalização desta interlocução?

> Lei estadual

> Resolução

> Portaria

> Convênio

> Termo de Cooperação

2.3 Quais instituições participam da interlocução interinstitucional?

> Ministério Público Estadual

> Ministério Público Federal

> Defensoria Pública Estadual

> Defensoria Pública Federal

> Procuradoria do Estado

> Outro

---

<sup>35</sup> O questionário que foi respondido pelos Tribunais também pode ser acessado e visualizado através do endereço eletrônico: < <https://www.cnj.jus.br/formularios/plano-nacional-poder-judiciario-tribunais/> >

3. Dada a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (conforme Lei nº 13.979/2020), foi estabelecida alguma interlocução interinstitucional entre Sistema de Justiça e o Gestor Estadual, Distrital ou Municipal (Câmara de Apoio Administrativo) para obter informações administrativas prévias e para o monitoramento no cumprimento das decisões judiciais?

- > Sim
- > Não

3.1 Essa interlocução já estava formalizada por algum ato administrativo?

- > Sim
- > Não

3.2 Qual é o ato administrativo de formalização desta interlocução, em específico?

- > Lei estadual
- > Resolução
- > Portaria
- > Convênio
- > Termo de Cooperação

3.3 Quais instituições participam da interlocução interinstitucional?

- > Ministério Público Estadual
- > Ministério Público Federal
- > Defensoria Pública Estadual
- > Defensoria Pública Federal
- > Procuradoria do Estado
- > Outro

### **Identificação do respondente:**

Nome do respondente:

E-mail do respondente:

Telefone do respondente:

Cargo do respondente:

Lotação do respondente:



## C – Quadros e Tabelas Complementares

### > Agrupamentos dos municípios nos estados com menores percentuais de cobertura vacina

#### Quadro 2 - Agrupamento para o estado do Acre

Grupos	Municípios
1	Assis Brasil, Brasileia, Bujari, Capixaba, Epitaciolândia, Feijó, Manoel Urbano, Porto Acre, Porto Walter, Rodrigues Alves, Rodrigues Alves, Santa Rosa do Purus, Tarauacá e Xapuri.
2	Acrelândia, Cruzeiro do Sul, Jordão, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Plácido de Castro, Rio Branco, Senador Guiomard e Sena Madureira

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

#### Quadro 3 - Agrupamento para o estado do Amapá

Grupos	Municípios
1	Serra do Navio, Amapá, Calçoene e Tartarugalzinho.
2	Pedra Branca Do Amapari, Cutias, Ferreira Gomes, Itaubal, Laranjal Do Jari, Laranjal do Jari, Macapá, Mazagão, Oiapoque, Porto Grande, Pracuúba, Santana e Vitória do Jari

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

#### Quadro 4 - Agrupamento para o estado de Roraima

Grupos	Municípios
1	Boa Vista, Caracará, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Pacaraima e São João da Baliza
2	Amajari, Alto Alegre, Bonfim, Cantá, Normandia, Rorainópolis, São Luiz e Uiramutã

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

## Quadro 5 - Agrupamento para o estado do Rio de Janeiro

Grupos	Municípios
1	Areal, Bom Jardim, Cardoso Moreira, Cordeiro, Duas Barras, Engenheiro Paulo de Frontin, Itatiaia, Laje do Muriaé, Maricá, Pinheiral, Pirai, Porciúncula, Porto Real, Rio Claro, Rio das Flores, São Gonçalo, São João da Barra e São José do Vale do Rio Preto.
2	Angra dos Reis, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Barra do Pirai, Barra Mansa, Cachoeiras de Macacu, Casimiro de Abreu, Conceição de Macabu, Itaboraí, Mangaratiba, Mendes, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Paty do Alferes, Quatis, Queimados, Rio Das Ostras, Santa Maria Madalena, São Fidélis, São Sebastião do Alto, Seropédica, Trajano de Moraes e Três Rios.
3	Belford Roxo, Japeri, Macaé, Nilópolis, São João de Meriti, São Pedro da Aldeia e Saquarema.
4	Aperibé, Araruama, Bom Jesus Do Itabapoana, Cabo Frio, Cambuci, Campos dos Goytacazes, Cantagalo, Carapebus, Carmo, Comendador Levy Gasparian, Duque de Caxias, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaguaí, Italva, Itaocara, Itaperuna, Macuco, Magé, Mesquita, Miguel Pereira, Miracema, Natividade, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Paraty, Petrópolis, Quissamã, Resende, Rio Bonito, Rio de Janeiro, Santo Antônio de Pádua, São Francisco de Itabapoana, São José de Ubá, Sapucaia, Silva Jardim, Sumidouro, Tanguá, Teresópolis, Valença, Varre-Sai, Vassouras e Volta Redonda.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

## Quadro 6 - Agrupamento para o estado do Maranhão

Grupos	Municípios
1	Água Doce do Maranhão, Altamira do Maranhão, Bernardo do Mearim, Governador Edison Lobão, Graça Aranha, Marajá do Sena, Nova Iorque, São Félix de Balsas, São João do Soter e São Raimundo do Doca Bezerra.
2	Acailândia, Afonso Cunha, Alcântara, Aldeias Altas, Alto Alegre do Maranhão, Alto Alegre do Pindaré, Alto Parnaíba, Amapá do Maranhão, Amarante do Maranhão, Anajatuba, Anapurus, Apicum-Açu, Arari, Axixá, Bacuri, Bacurituba, Balsas, Barão de Grajaú, Barreirinhas, Belágua, Bela Vista do Maranhão, Benedito Leite, Boa Vista do Gurupi, Brejo de Areia, Buriti, Buriti Bravo, Buritirana, Cachoeira Grande, Cajapió, Cajari, Campestre do Maranhão, Capinzal do Norte, Carolina, Carutapera, Cedral, Central do Maranhão, Centro do Guilherme, Centro Novo do Maranhão, Cidelândia, Coelho Neto, Colinas, Conceição do Lago-Açu, Cururupu, Davinópolis, Duque Bacelar, Esperantinópolis, Estreito, Feira Nova do Maranhão, Fernando Falcão, Formosa da Serra Negra, Fortaleza dos Nogueiras, Governador Archer, Governador Eugênio Barros, Governador Luiz Rocha, Governador Newton Bello, Governador Nunes Freire, Grajaú, Guimarães, Icatu, Igarapé Grande, Imperatriz, Itaipava do Grajaú, Itapecuru Mirim, Itinga do Maranhão, Joselândia, Junco do Maranhão, Lago da Pedra, Lagoa do Mato, Lago dos Rodrigues, Lagoa Grande do Maranhão, Lajeado Novo, Lima Campos, Loreto, Maracaçumé, Matinha, Matões, Matões do Norte, Mirador, Mirinzal, Montes Altos, Nina Rodrigues, Nova Colinas, Olinda Nova do Maranhão, Paraibano, Parnarama, Passagem Franca, Pastos Bons, Paulino Neves, Pedreiras, Pedro do Rosário, Peritoró, Pio Xii, Pirapemas, Porto Franco, Porto Rico do Maranhão, Presidente Dutra, Presidente Juscelino, Presidente Médici, Presidente Sarney, Presidente Vargas, Raposa, Riachão, Ribamar Fiquene, Rosário, Sambaíba, Santa Filomena do Maranhão, Santa Inês, Santa Luzia, Santo Antônio dos Lopes, São Benedito do Rio Preto, São Bernardo, São Domingos do Azeitão, São Francisco do Brejão, São Francisco do Maranhão, São João Batista, São João do Caru, São João do Paraíso, São João dos Patos, São José dos Basílios, São Pedro da Água Branca, São Pedro dos Crentes, São Raimundo das Mangabeiras, São Roberto, Senador La Rocque, Sítio Novo, Sucupira do Norte, Sucupira do Riachão, Tasso Fragoso, Timon, Trizidela do Vale, Tutóia, Viana e Vila Nova dos Martírios.
3	Araguanã, Araiões, Arame, Bacabal, Bacabeira, Barra do Corda, Bequimão, Bom Jardim, Bom Jesus das Selvas, Bom Lugar, Brejo, Buriticupu, Cândido Mendes, Cantanhede, Caxias, Chapadinha, Codo, Coroatá, Dom Pedro, Fortuna, Godofredo Viana, Gonçalves Dias, Humberto de Campos, Igarapé do Meio, Jatobá, Jenipapo dos Vieiras, João Lisboa, Lago do Junco, Lago Verde, Luís Domingues, Magalhães de Almeida, Maranhãozinho, Mata Roma, Milagres do Maranhão, Miranda do Norte, Monção, Morros, Nova Olinda do Maranhão, Olho D'água das Cunhas, Paço do Lumiar, Palmeirândia, Paulo Ramos, Penalva, Peri Mirim, Pindaré-Mirim, Pinheiro, Poção de Pedras, Primeira Cruz, Santa Helena, Santa Luzia do Paruá, Santa Quitéria do Maranhão, Santa Rita, Santana do Maranhão, Santo Amaro do Maranhão, São Bento, São Domingos do Maranhão, São José de Ribamar, São Luís, São Luís Gonzaga do Maranhão, São Mateus do Maranhão, São Vicente Ferrer, Satubinha, Senador Alexandre Costa, Serrano do Maranhão, Timbiras, Tufilândia, Tuntum, Turiaçu, Turilândia, Urbano Santos, Vargem Grande, Vitoria do Mearim, Vitorino Freire e Zé Doca

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

## Quadro 7 - Agrupamento para o estado do Pará

Grupos	Municípios
1	Abel Figueiredo, Acará, Afuá, Alenquer, Almeirim, Altamira, Anajás, Anapu, Aurora do Pará, Bagre, Baião, Barcarena, Belém, Bonito, Bragança, Brasil Novo, Bujaru, Cachoeira do Arari, Cametá, Capanema, Castanhal, Curuçá, Dom Eliseu, Faro, Floresta do Araguaia, Garrafão do Norte, Gurupá, Igarapé-Miri, Ipixuna do Pará, Irituia, Itaituba, Jacundá, Juruti, Mãe do Rio, Marabá, Marituba, Medicilândia, Monte Alegre, Muaná, Nova Ipixuna, Nova Timboteua, Novo Repartimento, Óbidos, Oeiras do Pará, Oriximiná, Ourilândia do Norte, Pacajá, Paragominas, Parauapebas, Pau D'Arco, Peixe-Boi, Placas, Porto de Moz, Primavera, Redenção, Rio Maria, Rondon do Pará, Salinópolis, - Santa Bárbara do Pará, Santa Cruz do Arari, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São Caetano de Odivelas, São Domingos do Capim, São Félix do Xingu, São João de Pirabas, São Miguel do Guamá, Senador José Porfírio, Tomé-Açu, Tucumã, Tucuruí, Ulianópolis, Uruará, Vigia e Vitória do Xingu
2	Cachoeira do Piriá, Chaves, Conceição do Araguaia, Cumaru do Norte, Currealinho, Eldorado dos Carajás, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacareacanga, Maracanã, Marapanim, Melgaço, Mocajuba, Moju, Mojuí dos Campos, Nova Esperança do Piriá, Portel, Prainha, Santa Izabel do Pará, Santa Maria do Pará, Santarém, São Geraldo do Araguaia, São João do Araguaia, Soure, Terra Alta, Tracuateua e Viseu
3	Aveiro, Bannach, Belterra, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Canaã dos Carajás, Capitão Poço, Colares, Concórdia do Pará, Curionópolis, Curuá, Igarapé-Açu, Inhangapi, Limoeiro do Ajuru, Magalhães Barata, Novo Progresso, Ourem, Palestina do Pará, Piçarra, Ponta de Pedras, Quatipuru, Rurópolis, Salvaterra, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, Santo Antônio do Tauá, São Domingos do Araguaia, São Francisco do Pará, São João da Ponta, São Sebastião da Boa Vista, Sapucaia, Tailândia, Terra Santa, Trairão e Xinguara.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, 2020

**Tabela 19 - Avaliação geral das afirmações apresentadas na opinião dos magistrados, 2020**

Questão	Atributos	Concordância <sup>36</sup>	Neutro <sup>37</sup>	Discordância <sup>38</sup>
2	As demandas por serviços de saúde recebem tratamento diferenciado das demais questões que envolvem o controle jurisdicional da Administração Pública	74,9%	11,8%	13,3%
3	As partes não trazem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto	70,6%	10,5%	18,9%
4	Não há atualmente nenhuma ação institucional (seja por parte do Tribunal seja por parte do Governo Executivo estadual, distrital ou municipal) para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde	42,6%	13,0%	44,5%
5	A troca de experiências é estimulada pelos próprios magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da saúde, sem apoio institucional formal	41,6%	18,3%	40,1%
6	Em geral, é realizada consulta administrativa prévia para embasar a decisão de liminares para os casos envolvendo serviços de saúde	57,4%	10,1%	32,4%

36 Concordância = Concordo completamente + Concordo parcialmente

37 Neutro = Não concordo nem discordo

38 Discordância = Discordo completamente + Discordo parcialmente

Questão	Atributos	Concordância <sup>36</sup>	Neutro <sup>37</sup>	Discordância <sup>38</sup>
7	Um dos principais fatores para o aumento da demanda judicial relacionada a temas de saúde ocorre pelo próprio sucesso anterior de outros processos voltados ao tema, o que gera uma “fuga dos procedimentos administrativos do SUS” para o Poder Judiciário	65,4%	10,8%	23,8%
8	A maior parte dos processos que analiso não há apresentação de ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário	49,3%	10,4%	40,3%
9	A realização de audiências preliminares nas questões envolvendo demandas de saúde vem sendo aplicada como regra nesta unidade judiciária	11,6%	14,2%	74,3%
10	O Ministério Público tem tido papel fundamental para não somente defender a Administração Pública, mas também esclarecer os atos administrativos que antecederam o contencioso judicial	21,7%	17,0%	61,3%
11	Em geral, as decisões são tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de saúde, sendo o processo judicial apenas um “acelerador” do cumprimento de ações já previstas pela Administração (incluindo seu orçamento)	37,2%	16,7%	46,1%
12	Sendo assim, o processo judicial constitui-se apenas como um “acelerador” do cumprimento de ações	81,0%	3,2%	15,8%
13	Em caso de demanda por medicamento, somente são consideradas procedentes aquelas em que o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa (p.e.: registrado na ANVISA, inserido no RENAME ou Relação Estadual ou Distrital)	65,2%	7,6%	27,1%

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Tabela 20 - Avaliação das afirmações apresentadas na perspectiva Justiça Estadual**

Questão	Atributos	Concordância	Neutro	Discordância
2	As demandas por serviços de saúde recebem tratamento diferenciado das demais questões que envolvem o controle jurisdicional da Administração Pública	73,8%	12,7%	13,4%
3	As partes não trazem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto	70,0%	10,1%	19,9%
4	Não há atualmente nenhuma ação institucional (seja por parte do Tribunal seja por parte do Governo Executivo estadual, distrital ou municipal) para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde	41,7%	13,0%	45,2%
5	A troca de experiências é estimulada pelos próprios magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da saúde, sem apoio institucional formal	40,1%	18,7%	41,2%

Questão	Atributos	Concordância	Neutro	Discordância
6	Em geral, é realizada consulta administrativa prévia para embasar a decisão de liminares para os casos envolvendo serviços de saúde	54,5%	10,3%	35,2%
7	Um dos principais fatores para o aumento da demanda judicial relacionada a temas de saúde ocorre pelo próprio sucesso anterior de outros processos voltados ao tema, o que gera uma "fuga dos procedimentos administrativos do SUS" para o Poder Judiciário	65,3%	11,0%	23,7%
8	A maior parte dos processos que analiso não há apresentação de ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário	48,9%	10,9%	40,2%
9	A realização de audiências preliminares nas questões envolvendo demandas de saúde vem sendo aplicada como regra nesta unidade judiciária	11,6%	14,9%	73,5%
10	O Ministério Público tem tido papel fundamental para não somente defender a Administração Pública, mas também esclarecer os atos administrativos que antecederam o contencioso judicial	23,5%	18,1%	58,4%
11	Em geral, as decisões são tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de saúde, sendo o processo judicial apenas um "acelerador" do cumprimento de ações já previstas pela Administração (incluindo seu orçamento)	37,2%	17,5%	45,3%
12	Sendo assim, o processo judicial constitui-se apenas como um "acelerador" do cumprimento de ações	82,7%	3,3%	14,0%
13	Em caso de demanda por medicamento, somente são consideradas procedentes aquelas em que o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa (p.e.: registrado na ANVISA, inserido na RENAME ou Relação Estadual ou Distrital)	64,9%	8,1%	27,0%

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

**Tabela 21 - Avaliação das afirmações apresentadas na perspectiva Justiça Federal**

Questão	Atributos	Concordância	Neutro	Discordância
2	As demandas por serviços de saúde recebem tratamento diferenciado das demais questões que envolvem o controle jurisdicional da Administração Pública	81,0%	6,5%	12,5%
3	As partes não trazem informações e provas suficientes para proporcionar uma decisão criteriosa e adequada às peculiaridades do caso concreto	74,5%	12,5%	13,0%
4	Não há atualmente nenhuma ação institucional (seja por parte do Tribunal seja por parte do Governo Executivo estadual, distrital ou municipal) para um enfrentamento conjunto de problemas ou consequências da judicialização das políticas de saúde	47,3%	12,5%	40,2%

Questão	Atributos	Concordância	Neutro	Discordância
5	A troca de experiências é estimulada pelos próprios magistrados de 1ª instância que atuam em questões relacionadas à judicialização da saúde, sem apoio institucional formal	50,0%	15,8%	34,2%
6	Em geral, é realizada consulta administrativa prévia para embasar a decisão de liminares para os casos envolvendo serviços de saúde	74,5%	9,2%	16,3%
7	Um dos principais fatores para o aumento da demanda judicial relacionada a temas de saúde ocorre pelo próprio sucesso anterior de outros processos voltados ao tema, o que gera uma “fuga dos procedimentos administrativos do SUS” para o Poder Judiciário	66,3%	9,2%	24,5%
8	A maior parte dos processos que analiso não há apresentação de ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública sobre o pleito trazido ao Judiciário	51,6%	7,6%	40,8%
9	A realização de audiências preliminares nas questões envolvendo demandas de saúde vem sendo aplicada como regra nesta unidade judiciária	11,4%	9,8%	78,8%
10	O Ministério Público tem tido papel fundamental para não somente defender a Administração Pública, mas também esclarecer os atos administrativos que antecederam o contencioso judicial	11,4%	10,3%	78,3%
11	Em geral, as decisões são tomadas considerando as diretrizes e normativos já existentes nas políticas públicas de saúde, sendo o processo judicial apenas um “acelerador” do cumprimento de ações já previstas pela Administração (incluindo seu orçamento)	37,5%	12,0%	50,5%
12	Sendo assim, o processo judicial constitui-se apenas como um “acelerador” do cumprimento de ações	71,0%	2,9%	26,1%
13	Em caso de demanda por medicamento, somente são consideradas procedentes aquelas em que o referido medicamento solicitado tenha alguma previsão normativa (p.e.: registrado na ANVISA, inserido na RENAME ou Relação Estadual ou Distrital)	67,4%	4,9%	27,7%

Fonte: Elaboração própria com base nos questionários aplicados/CNJ, 2020

## D - Nova TPU

12480	DIREITO DA SAÚDE	
12481	Pública	
	12485	Fornecimento de insumos
	12498	Cadeira de rodas / cadeira de banho / cama hospitalar
	12497	Curativos/Bandagem
	12499	Fraldas
	12484	Fornecimento de medicamentos
	12496	Oncológico
	12492	Registrado na ANVISA
	12495	Não padronizado
	12494	Padronizado
	12493	Sem registro na ANVISA
	12483	Internação/Transferência Hospitalar
	12505	Leito de enfermaria / leito oncológico
	12506	Unidade de terapia intensiva (UTI) / Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
	12511	Sistema Único de Saúde (SUS)
	12518	Controle Social e Conselhos de Saúde
	12512	Convênio médico com o SUS
	12513	Financiamento do SUS
	12514	Reajuste da tabela do SUS
	12515	Repasse de verbas do SUS
	12516	Ressarcimento do SUS
	12517	Terceirização do SUS
	12491	Tratamento médico-hospitalar
	12501	Cirurgia
	12502	Eletiva
	12503	Urgência
	12500	Consulta
	12504	Diálise/Hemodiálise
	12519	Vigilância Sanitária e Epidemiológica
12482	Suplementar	
	12486	Planos de saúde
	12490	Fornecimento de insumos
	12487	Fornecimento de medicamentos
	12488	Reajuste contratual
	12489	Tratamento médico-hospitalar



## E - Antiga TPU

<b>9985</b>	<b>DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO</b>	
10028	Serviços	
	10064	Saúde
		11855 Controle Social e Conselhos de Saúde
		10067 Convênio Médico com o SUS
		11857 Doação e Transplante de Órgãos; Tecidos e Partes do Corpo Humano
		11852 Financiamento do SUS
		11884 Fornecimento de Medicamentos
		10071 Genética / Células Tronco
		11856 Hospitais e Outras Unidades de Saúde
		10066 Reajuste da Tabela do SUS
		10065 Repasse de Verbas do SUS
		10070 Ressarcimento ao SUS
		11854 Saúde Mental
		11993 Internação Compulsória
		11995 Internação Involuntária
		11994 Internação Voluntária
		11851 Terceirização do SUS
		11883 Tratamento Médico-Hospitalar
		11885 Unidade de terapia intensiva (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI)
		10069 Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos
		10892 Medicamento / Tratamento / Cirurgia de Eficácia não comprovada
		10856 Prescrição por Médico não vinculado ao SUS
		11853 Vigilância Sanitária e Epidemiológica
<b>1156</b>	<b>DIREITO DO CONSUMIDOR</b>	
7771	Contratos de Consumo	
	6233	Planos de Saúde
		12222 Fornecimento de medicamentos
		12225 Reajuste contratual
		12223 Tratamento médico-hospitalar
		12224 Unidade de terapia intensiva (UTI) ou Unidade de cuidados intensivos Saúde Suplementar (Planos de saúde)







**CNJ**

CONSELHO  
NACIONAL  
DE JUSTIÇA